

*Combined Evidence of Coverage
and Disclosure*
Evidencia de Cobertura

Formulario de Divulgacion Combinados

2016

Sacramento County Geographic Managed Care



Hopper,
Health Net
*Helping kids
learn how to stay
healthy and fit.*



Health Net®

Table of contents

Introduction	3
Using the dental plan	3
<i>Choosing a primary dentist</i>	3
<i>Changing your primary dentist</i>	4
<i>Referrals to specialists</i>	4
<i>Federally Qualified Health Centers (FQHC's)</i>	4
<i>Multilingual services</i>	4
<i>Interpretive services</i>	5
Covered dental services	5
<i>Initial Appointment services</i>	5
<i>Preventive services</i>	6
<i>Restorative services</i>	6
<i>Endodontic services</i>	6
<i>Periodontal services</i>	6
<i>Prosthetic services</i>	6
<i>Oral Surgery services</i>	6
<i>Orthodontic services</i>	6
<i>Adjunctive services</i>	6
Emergency dental services	6
Dental necessity and dental appropriateness.....	7
Second opinions.....	7
Continuity of care	9
Child health and disability prevention (CHDP)	9

California Children Services.....9

Baby bottle tooth decay10

Exclusions11

Disenrollment12

Special Services for American Indians12

Eligibility and commencement of coverage.....12

Transitional Medi-Cal (TMC).....12

Transportation Services.....12

Coordination of benefits13

Third party tort liability13

Liability for payment13

Grievance procedure.....13

Reimbursement provisions16

Public policy.....16

Independent contractor relationship.....16

Provider compensation16

Definitions17

Non-discrimination.....17

Member rights and responsibilities17

Notice of privacy practices19

Federally Required Adult Dental Services (FRADS)22

Spanish translation44

Introduction

Welcome to Health Net's Dental Plan. Health Net has contracted with the California Department of Health Care Services ("DHCS") to arrange dental care benefits to enrolled Medi-Cal beneficiaries. Health Net and its Participating Dental Providers will arrange and coordinate dental care services for you.

As a member of this dental plan, you are required to take an active part in ensuring the success of your dental health. This Evidence of Coverage explains your rights, responsibilities and benefits under this dental plan. It also explains Health Net's responsibilities to you and how to obtain assistance through Health Net's Member Services Department. Please read this important document and keep it available for quick reference. Not all words and terms used in this Evidence of Coverage have their usual meanings and some have meanings that limit their application. These words and terms are defined in the "Definitions" section of this document to help you understand their meanings.

Health Net's Member Services Department is staffed by representatives who are sensitive to your dental care needs. Our Member Services Representatives are available to help you understand the plan, select a Participating Dental Provider, assist you with issues you may have regarding your dental care, and filing a grievance. To contact Health Net's Member Services Department, please call 1-877-550-3868. Thank you for joining Health Net's Dental Plan. We look forward to serving your dental needs.

Using the dental plan

To be covered under this dental plan, services must be provided by participating dental providers and arranged by your primary dentist, except in the case of emergency dental services.

It is necessary to arrange all your dental services through your selected Primary Dentist. If your Primary Dentist has not ordered or approved the dental care you receive, Health Net will not be responsible for the charges, except in the case of Emergency Dental Services. You can schedule regular appointments with Participating Dental Providers by telephone or in person. If you have an urgent need or an emergency and cannot contact your Primary Dentist, call the 24-hour emergency number on your member identification card.

CHOOSING A PRIMARY DENTIST

You need to choose the Primary Dentist you want to be assigned to from the Participating Dental Provider Directory. If you do not select a Primary Dentist or the dentist you select is "full" or not accepting new patients, a dentist will be selected for you. You may also call Health Net's Member Services Department at (877) 550-3868 for help with the selection of a new dentist. A member identification card with the name and phone number of your dentist will be mailed to you. Each member's Primary Dentist is responsible for the direction and coordination of the member's complete dental care. Your Primary Dentist will arrange for referrals to other Participating Dental Providers for laboratory tests, x-rays, specialty dental care and other dental care services that are Dentally Necessary. Health Net may contract with certain dental colleges as Participating Providers. In these locations, dental care

provided by the dental college will be provided by students of dentistry or dental hygiene and clinicians or instructors of the dental college. If Health Net is contracted with a dental college, it will be specifically identified in the Participating Dentist Directory as a "Dental College." You and each of your enrolled family members are encouraged to schedule an appointment with your selected Primary Dentist within 120 days (4 months) of your enrollment effective date. It is very important that you schedule this initial appointment. At this time, you will meet your Primary Dentist, who will give you a complete dental assessment. Your Primary Dentist can also help you obtain Dentally Necessary referrals to specialists, and you will get a chance to help your dentist and your family begin a healthy patient-dentist relationship.

CHANGING YOUR PRIMARY DENTIST

You may decide to change the Primary Dentist for yourself or any of your enrolled family members. All you need to do is call the Health Net Member Services Department. The change will be made effective the first of the next month after you call. You must continue to see your current Primary Dentist until the effective date of change. The dentist you request may not be available if his or her practice is "full" or not accepting new patients, or if he or she does not have a contract with Health Net to participate in the Health Net Medi-Cal Dental Plan.

Health Net's Member Services Department will help you with selecting a new dentist. If your Primary Dentist ends his or her contract or loses his or her participation contract with Health Net, or if your dentist elects not to treat you as a patient because there is a breakdown in the "doctor-patient

relationship" and your dentist feels he or she is unable to meet your dental care needs, you will be contacted by Health Net's Member Services Department to assist you with the selection of a new Primary Dentist.

REFERRALS TO SPECIALISTS

Your Primary Dentist is responsible for the direction and coordination of all your dental care for covered services. Your Primary Dentist will arrange for laboratory tests, x-rays, referrals to participating specialists, and any other dental care services covered under this dental plan that are Dentally Necessary. To obtain these services, your Primary Dentist will give a referral authorizing the services. In order to be covered, all referrals to a specialist must be coordinated with Health Net by your Primary Dentist, except for Emergency Dental Care.

FEDERALLY QUALIFIED HEALTH CENTERS (FQHC'S)

You have the right to receive your dental care services at a FQHC that has a contract with Health Net Dental Plan. For names and addresses of FQHC's in your area, please call our Member Services Department at 1-877-550-3868. If you have questions or for more information on dental services, please contact Denti-Cal. Providers may call 1-800- 423-0507. Beneficiaries or their representative may call 1-800- 322-6384 or you may visit the Denti-Cal website at www.dental.ca.gov.

MULTILINGUAL SERVICES

If you need help with services in your language, such as an interpreter, please contact our Member Services Department and a representative will assist you in locating an interpreter. Our Member Services Department is able to assist you in

English, Spanish, Vietnamese, Russian, Cantonese, and Mandarin. For all other languages we will make an interpreter available to you.

INTERPRETIVE SERVICES

Health Net's Medi-Cal Member Services Department employs representatives who speak various languages. The Member Services Department also utilizes a telephone interpretive service for those members who speak a language that is not represented within the Department. Please call the Member Services Department if you have questions about these services. Examples of interpretive services provided include explaining benefits and answering dental plan questions in the member's preferred language, and assisting with appointment scheduling if the Participating Dental Provider's office staff does not speak your language. Interpretive services are available during appointments for covered services if staff at the provider office does not speak the member's language. Interpreter services that are provided by Health Net or Participating Dental Providers are provided at no cost to the member and are available after hours. Members may use family or friends to interpret their communications with Health Net or a Participating Dental Provider but they are not required to do so by Health Net or a Participating Dental Provider. Health Net discourages the use of minors as interpreters.

Covered dental services

Benefits under this dental plan are limited to those dental services and supplies covered under the Medi-Cal dental program that are described in Health Net's dental contract with the DHCS as being Health Net's financial responsibility. Please refer to the

"Exclusions" section of this Evidence of Coverage for a description of items that are excluded from coverage under this dental plan.

IMPORTANT: If you opt to receive dental services that are not covered services under this plan, a participating dental provider may charge you his or her usual and customary rate for those services. Prior to providing a patient with dental services that are not a covered benefit, the dentist should provide to the patient a treatment plan that includes each anticipated service to be provided and the estimated cost of each service. If you would like more information about dental coverage options, you may call member services at (877) 550-3868 or your insurance broker. To fully understand your coverage, you may wish to carefully review this evidence of coverage document.

INITIAL APPOINTMENT SERVICES

Call your PCD to make an appointment for your first examination. To maintain good oral health you should have an oral exam every year. If you have un-expected dental problems about dental-related issues in between your regularly scheduled visits please contact either your PCD or a Member Services Representative for assistance. If you have an injury or are in pain please contact your PCD immediately.

Your first visit with your PCD must be within 120 calendar days from the date of enrollment into the Sacramento County Dental Plan. At this first visit, your PCD will prepare your treatment plan which lists the dental services your PCD has recommended for you. From then on, all your dental services will be performed either by your PCD or by a specialist to whom your PCD refers you. Specialist treatment must be authorized in writing.

The following services are covered under this dental plan when Dentally Necessary and provided by a Participating Dental Provider:

- Examinations covered once every 6 consecutive months - under 21
- Full mouth x-rays covered once every 36 consecutive months
- Bite wing x-rays covered once every 6 consecutive months - under 21
- Panoramic x-rays covered once every 36 consecutive months

PREVENTIVE SERVICES

- Teeth cleaning covered once every 6 months - under 21
- Topical fluoride treatment covered through age 17, once every 12 consecutive months
- Dental sealants covered on permanent 1st molars to age 21 on occlusal, buccal and lingual surfaces, on permanent 2nd molars to age 21 on occlusal, buccal and lingual surfaces

RESTORATIVE SERVICES

- Fillings
- Stainless steel crowns

ENDODONTIC SERVICES

- Pulpotomies
- Root canal therapy for necessary, restorable teeth
- Apicoectomies
- Apexification

PERIODONTAL SERVICES

- Subgingival curettage and root planing
- Gingivectomy
- Osseous surgery

PROSTHETIC SERVICES

- Full dentures
- Partial dentures necessary to balance an opposing full denture
- Stayplates
- Relines
- Denture repairs
- Tissue conditioning

ORAL SURGERY SERVICES

- Extractions
- Alveoplasty
- Tori removal
- Incision and drainage of abscess
- Frenectomy

ORTHODONTIC SERVICES

- Orthodontic services to correct handicapping malocclusions, craniofacial anomalies and cleft palate deformities

ADJUNCTIVE SERVICES

- Emergency palliative treatment
- General anesthesia when local anesthesia is documented as ineffective or not appropriate for pain control
- Office visits

Emergency dental services

Emergency Dental Services are available 24 hours a day, 7 days a week. An emergency dental condition exists if a "prudent layperson" could reasonably expect the absence of immediate dental attention to result in serious jeopardy or harm to the individual. If you have a dental emergency, immediately call your Primary Dentist at the number on the front of your member identification card. You will receive instructions on what to do. If a dental emergency occurs and your Primary Dentist is not available, you may obtain Emergency

Dental Services from a non-Participating Dental provider. Notify Health Net's Member Services Department as soon as you are able. Emergency Dental Services are only covered by Health Net when provided in the United States, Canada or Mexico. Emergency Dental Services rendered by a non-Participating Dental Provider are reimbursable without prior authorization.

A dental emergency can involve any of the following symptoms, alone or in combination:

- acute dental infection
- unusual or excessive dental bleeding
- severe dental pain
- broken teeth

A dental emergency does not include routine examination and cleaning of the teeth, permanent fillings or crowns, root canals, complete gum treatment and surgery and orthodontic services (braces).

Dental necessity and dental appropriateness

Questions of dental appropriateness or Dental Necessity are subject to review by Health Net. Health Net will determine whether or not the services are Dentally Necessary or covered under this dental plan.

Second opinions

A second opinion is a dental opinion given by a dentist other than the patient's original dentist. A second opinion is to assist in the confirmation of diagnosis, Dental Necessity and the appropriateness of a dental procedure. Health Net will pay for second opinions that are approved in accordance with this second opinion policy. A member may request a second opinion when:

- The member questions the reasonableness or necessity of a recommended surgical procedure.
- Clinical indications are not clear or are complex and confusing, a diagnosis is in doubt due to conflicting test results, or the treating dentist is unable to diagnose the condition, and the member requests an additional diagnosis.
- A treatment plan in progress is not improving the dental condition within an appropriate period of time given the diagnosis and treatment plan, and the member requests a second opinion regarding the diagnosis or continuance of the treatment.
- The member has attempted to follow the treatment plan or consulted with the initial provider concerning serious concerns about the diagnosis or treatment plan.

To ask for a second opinion, contact your Primary Dentist. A Participating Dental Provider or dental plan Dental Director will review your request, in accordance with this policy and nationally recognized standards. If your request for a second opinion is approved, Health Net or your Primary Dentist will refer you to a qualified Participating Dental Provider. The dental plan reviews requests for coverage of a second opinion within 72 hours' receipt of the request, or the same day for urgent matters. Primary Dentists usually refer their assigned members who request a second opinion to a Participating Dental Provider they know within their dental group. If a member requests a second opinion about specialty care from a Participating Dental Provider who practices outside of the member's Primary Dentist's dental group, the member will be referred to Health Nets Member Services Department which will forward the request to dental management for review. If

coverage is approved, the member will be referred to an appropriately qualified Health Net Participating Dental Provider. Coverage for second opinions about a Primary Dentist's diagnosis or care is limited to second opinions provided by a Participating Dental Provider who practices within the dental group of the member's Primary Dentist.

Health Net will not pay for second opinions that are not prior authorized under this dental plan, and Health Net will only authorize second opinions from Participating Dental Providers. If Health Net requires a second opinion to confirm Dental Necessity, it will pay for all related charges.

Continuity of care

In the event your contracting dentist is terminated by Health Net for reasons other than a medical disciplinary cause, fraud or other criminal activity, you may be eligible to continue receiving care from your dentist following the termination, providing the terminated provider agrees to the terms and conditions of his or her former contract with Health Net. Continued care from the terminated dentist may be provided for up to 90 days or a longer period if Dentally Necessary for chronic, serious or acute conditions or until your care can safely be transferred to another provider. This does not apply to dentists who have voluntarily terminated their participation with Health Net or a Staff Model Dental Group.

If you are receiving dental care for:

- an acute dental condition; or
- a serious chronic dental condition;

and your dentist is terminated, you may request permission to continue receiving dental care from the terminated dentist

beyond the termination date by calling Health Net. Health Net, in consultation with your terminated dentist, will determine the best way to manage your ongoing care. Health Net must preauthorize services for continued care as a condition of coverage. If you have any questions, or would like a copy of Health Net's Continuity of Care Policy, or would like to appeal a denial of your request for continuation of services from your terminated dentist, you may call Health Net's Member Service Department.

Child health and disability prevention (CHDP)

The CHDP Act requires that all children entering first grade have a screening check-up within 18 months prior to, or 90 days after, entry into the first grade. In addition, CHDP guidelines provide that eligible children under the age of 21 be referred to a dentist to ensure the following:

- Refer all children for an annual preventive dental health visit, beginning at age three, regardless of whether a dental problem is detected or suspected. Children under age three should be referred to a dentist if a problem is suspected or found. Early signs of conditions such as baby bottle tooth decay* (BBTD) may be detected before more serious problems develop by examining the mouths of infants and very young children.
- Stress the prevention of dental disease. Unlike some health problems, most dental disease is preventable.
- Perform a comprehensive inspection of the mouth at every periodic examination to detect problems early before they

become serious conditions that require more costly and painful emergency care.

- Assure a child's access to adequately fluoridated water or other supplemental fluoride source. Fluoride helps prevent tooth decay.
- Provide preventive counseling regarding baby bottle tooth decay and oral and facial injuries.

California Children Services

California Children Services (CCS) is a state program administered through local county offices. The program treats children under 21 years of age with certain physical limitations and diseases. The program is paid for by California taxpayers and offers medical care to children whose families cannot afford all or part of the needed care. If a MEMBER has a CCS eligible condition, MEMBER needs to apply to CCS for services under the CCS program. MEMBERS who may be eligible for dental services through the CCS program include those who have been accepted for and are authorized to receive orthodontic services for medically handicapping malocclusion by a CCS-paneled orthodontist, as well as other clients with CCS-eligible conditions such as cleft lip and/or palate, congenital and/or acquired oral and craniofacial anomalies, complex congenital heart disease, seizure disorder, immune deficiencies, cerebral palsy, hemophilia and other blood dyscrasia, malignant neoplasms, including leukemia, rheumatoid arthritis, nephrosis, cystic fibrosis, and organ transplants.

The PLAN shall continue to provide all dentally necessary covered services and case management services for MEMBERS referred to CCS until eligibility for the CCS program is established. Once eligibility for the CCS program is established for a

MEMBER, the PLAN shall continue to provide Primary Dental Care and other dentally covered services unrelated to the CCS-eligible condition and will ensure the coordination of services between its Primary Care Dentists, the CCS-specialty providers, and the local CCS Program.

For any further information concerning the CCS program, please contact your local CCS Chapter at 800-288-4584. If you suspect that you have a CCS condition, it is recommended that you also contact your primary care physician.

Baby bottle tooth decay

Baby Bottle Tooth Decay (BSTD) is a serious disease that causes the cavity-prone primary teeth to decay rapidly. It starts with the decay of the upper front teeth followed by the primary molars. This decay can produce severe pain, tooth loss, infections and loss of sleep. Premature loss of primary teeth may lead to speech disorders, feeding and nutritional problems, and possible orthodontic problems. Typically, BSTD is caused by putting a child in bed with a bottle containing anything but plain water, or letting a child have the bottle for long periods of time during waking hours. Used this way, the bottle serves as a sort of pacifier. The bottle becomes a convenient mechanism for ingesting cavity-causing liquids throughout the day. The following points help BSTD when used:

- Never put a child in bed with a bottle and do not use a bottle prop.
- Feed the infant only while the infant is being held. If the baby falls asleep while feeding, the bottle should be removed.
- The infant's teeth should be cleaned with a wet washcloth or small toothbrush after each feeding, especially

behind the upper front tooth which is the site of early decay development.

- Breast feed whenever possible.
- Infants should be introduced to a cup at six months of age and weaned from a bottle about one year of age. Use alternatives for putting a baby to bed without a bottle, including:
- Offering a security blanket or teddy bear; Sing or play music;
- Hold or rock baby;
- Rub or pat child's head and back;
- Read or tell a story;
- Use an infant swing; or
- Use a pacifier (do not dip it in honey or anything sweet)

Exclusions

Benefits under this dental plan are limited to those services and supplies covered under the Medi-Cal dental program that are described in Health Net's Medi-Cal contract with DHCS as being Health Net's financial responsibility. In the event that the California legislature passes a law to eliminate or reduce a service that was covered under the Medi-Cal Program, or the DHCS amends its Medi-Cal Agreement with Health Net to eliminate or reduce a service that was covered under the Agreement, benefits under this dental plan will be similarly eliminated or reduced upon the effective date of the change.

The following services are not covered under this dental plan:

- Services rendered outside of your assigned Primary Dentist office, or by a non-Participating Dental Provider, except for Emergency Dental Services or as authorized by Health Net.
- Orthodontic services, except in the treatment of handicapping

malocclusions, craniofacial anomalies and cleft palate deformities.

- Treatment that is not Dentally Necessary, as determined by Health Net.
- Treatment of incipient or non-active caries.
- Cosmetic procedures.
- Removable partial dentures, except when Dentally Necessary for balance of an opposing full denture.
- Extraction of asymptomatic teeth, except for:
 - Serial extractions required to minimize malocclusion or malalignment
 - Teeth that interfere with the construction of a covered dental prosthesis
 - Perceptible radiographic pathology that fails to elicit symptoms.
- Experimental procedures.
- Procedures, appliances and restorations that:
 - Increase vertical dimension;
 - Restore occlusion;
 - Replace tooth structure lost by attrition, abrasion or erosion; and
 - Are for implantology techniques.
- Pulp caps.
- Fixed bridges except when necessary for:
 - Obtaining employment.
 - Medical conditions that preclude the use of removable dental prostheses.
- Health Net will make all reasonable attempts to arrange covered services but it is not responsible to do so under the following circumstances:
 - Delay or failure to render service due to major disaster or epidemic affecting facilities or personnel.
 - Interruption of services due to war or riot, labor disputes, or

destruction of facilities. Under such circumstances, members are advised to access available dental services.

- Emergency Dental Services and non-Emergency Dental Services when they are provided outside of the United States, Canada or Mexico.
- Non-medical transportation services, such as taxis, buses and cars.

Disenrollment

If you wish to disenroll from this dental plan, you may do so without cause by calling your local Health Care Options office at (800) 322-6384.

You will be disenrolled if you:

- Lose your Medi-Cal eligibility.
- Move from Health Net's service area (that is, counties covered under Health Net's Dental Contract with the DHCS).
- Physically or verbally abuse or threaten a provider and/or his or her staff, patient or a Health Net employee, contractor or member.
- Disrupt Health Net's operations.
- Habitually use non-Participating Dental Providers for non-Emergency Dental Services without required authorizations.
- Commit fraudulent conduct.

SPECIAL SERVICES FOR AMERICAN INDIANS

American Indians have the right to get health care services at Indian Health Centers and Native American Health Clinics. American Indians may stay with or disenroll from a GMC plan by contacting Health Care Options (HCO) at (800) 430-4263.

The guidelines are: you are an Indian; a member of an Indian household or have written acceptance from an Indian Health Service program facility to receive health care through that facility.

If you have questions or need assistance, please contact our Member Services department at (877) 550-3868.

Eligibility and commencement of coverage

Eligibility for the Medi-Cal Program is determined by the California Department of Social Services, not Health Net. The effective date of a new member's first day of coverage under this dental plan is determined by the DHCS. If you lose Medi-Cal eligibility, you will not be eligible to receive dental care benefits from Health Net until such eligibility is re-established. Questions about your Medi-Cal eligibility can be answered by your County Social Services Department.

TRANSITIONAL MEDI-CAL (TMC)

TMC is for members who lose cash aid or Medi-Cal eligibility due to an increase in income from a new job, marriage, or a spouse returning to the home. Medi-Cal members who qualify for TMC may keep their Medi-Cal health coverage for up to 12 months and keep their membership with Health Net Dental. If you lose eligibility for Medi-Cal because you have more income, you should contact your Medi-Cal eligibility worker right away. For more information about the Medi-Cal TMC program, contact the State of California's toll free number at 1-800-880-5305 or your local Health and Human Services Department:

TRANSPORTATION SERVICES

The PLAN provides non-emergency transportation to and from PROVIDER offices for MEMBERS lacking personal transportation or access to public transportation facilities. PLAN transportation is available Monday through Friday 9:00 a.m. to 6:00 p.m. and may be requested by MEMBERS by calling their PROVIDER to arrange shuttle service. MEMBER requests for transportation shall be made no less than

ten (10) business days prior to the MEMBER's scheduled appointment and are subject to availability. Front Office Staff is available at each office to assist MEMBERS in contacting taxi services or identifying bus or light rail lines and departure times for MEMBER transportation.

Coordination of benefits

You are required to assign payment of dental benefits covered under insurance policies and from other sources to Health Net.

Third party tort liability

Health Net will not make any claim for recovery of the value of covered services rendered to a member when such recovery would result from an action involving the tort liability of a third party or casualty liability insurance, including Workers' Compensation awards and uninsured motorists coverage. However, Health Net will notify the DHCS of such potential cases, and will assist the DHCS in pursuing the State's right to reimbursement of such recoveries. Members are obligated to assist Health Net and the DHCS in this regard.

Liability for payment

In the event that Health Net fails to pay any Participating Dental Provider for covered services, you will not be held liable for money owed. This statement and/or provision becomes invalid when non-Emergency Dental Services were obtained without prior authorization by Health Net. You will be liable for the cost of service provided by a non-Participating Dental Provider if coverage for that care requires authorization by Health Net and

authorization was not obtained. Members are not required to pay copayments or deductibles for covered services.

Grievance procedure

INTERNAL OPTIONS FOR GRIEVANCE RESOLUTION

We at Health Net care about you and your family, and even though we strive to satisfy our members, there might be times when a problem or situation may cause you concern. For example, you may submit a grievance about a denial of coverage for a requested dental service, denial of coverage of a referral to a dentist for a covered service, quality of care, access to care, or non-payment of a claim for a dental service. If this happens, we want to know about it. The following is a brief overview of our "Grievance Procedure" and how to use it:

You may contact Health Nets Member Services Department to obtain a "Grievance Form" in person, by telephone or in writing. At your request, the Member Services Representative may fill out the form over the telephone. Grievance Forms are also available at your Primary Dentists office. You may contact the multi-lingual Member Services Department at 1-877-550-3868, if you need assistance in filling out these forms. Grievance forms should be mailed to:

Medi-Cal Member Services, Health Net,
21271 Burbank Blvd., C-5,
Woodland Hills, CA
91367-6607.

Health Net will acknowledge receipt of your grievance orally or in writing within five working days of Health Net's receipt of the grievance, and will include the name and title of a staff member who may be contacted to

discuss the case, if applicable. Covered services previously authorized by the dental plan will continue while the grievance is being resolved.

Appropriate action will be initiated to resolve your complaint and you will be contacted with a response within 30 days (or within three days from receipt of a grievance that indicates there is an immediate and serious threat to your health).

You have the right to be represented by legal counsel, a friend or other spokesperson during this internal grievance process. You may request copies of plan documents that are pertinent to your grievance. You may request interpretation assistance.

Members can file a grievance if their linguistic needs are not met.

If you feel that no satisfactory resolution is possible, you may request disenrollment from the dental plan by contacting your local Health Care Options office.

EXTERNAL OPTIONS FOR GRIEVANCE RESOLUTION

1. California Department of Social Services Fair Hearing.

You have the right to request a fair hearing from the California Department of Social Services, at any time (whether or not a grievance has been submitted), by contacting the Public Inquiry and Response Unit at 1-800-952-5253, TDD 1-800-952-8349, or by writing:

California Department of Social Services
State Hearing Division
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

There is a 90-day deadline from the order or action complained of to file a fair hearing. The fair hearings are usually held within 90 days of request. However, the State is required to hold the hearing within three work days where the dental plan or the Member's provider indicates that taking the time for a standard resolution involving a denied health care service could seriously harm the Member's life or health, or ability to attain, maintain or regain maximum function. Members may receive continued benefits during the fair hearing process. You have the right to be represented by legal counsel, a friend or other spokesperson. A fair hearing can be submitted regardless of whether or not a grievance has been submitted or resolved and when a health care service requested by member or provider has been denied, deferred or modified.

2. California Department of Managed Health Care.

The California Department of Managed Health Care is responsible for regulating health care service plans. If you have a grievance against Health Net, you should first telephone Health Net at **1-877-550-3868** and use Health Net's grievance process before contacting the Department. Utilizing this grievance procedure does not prohibit any potential legal rights or remedies that may be available to you. If you need help with a grievance involving an emergency, a grievance that has not been satisfactorily resolved by Health Net, or a grievance that remained unresolved for more than 30 days, you may call the Department for assistance. You may also be eligible for Independent Medical Review (IMR). If you are eligible for IMR, the IMR process will provide an impartial review of medical decisions made by a Health Plan related to the medical necessity of a proposed service or treatment,

coverage decisions for treatments that are experimental or investigational in nature and payment disputes for emergency or urgent medical services. The Department also has a toll-free telephone number **(1-888-HMO-2219)** and a **TDD line (1-877-688-9891)** for the hearing and speech impaired. The Department's Internet web site <http://www.hmohelp.ca.gov> has complaint forms, IMR application forms and instructions online.

Health Net's Grievance process and DMHC's complaint review process are in addition to any other dispute resolution procedures that may be available to you, and your failure to use these processes does not preclude your use of any other remedy provided by law.

Reimbursement provisions

If you have a claim for reimbursement under this dental plan, you must submit the claim to Health Net within six months of the month of service in order for the claim to be paid by this dental plan. If you have an emergency claim, please call or write Health Net's Member Services Department. Please be prepared to give as much information as possible, such as the day and time of the service, amount of bill, and name and address of the provider. If you are writing or presenting the claim in person, please be prepared to submit any copies of bills you have received. If you have already paid the claim, you will be reimbursed for an approved emergency claim within 45 working days of the date your claim was received unless additional information is needed. If additional information is necessary, you will receive reimbursement within 45 working days of the date the additional information is received. If your claim is denied or partially denied, the reason will be given to you in writing, and will cite the contract provision upon which the decision is based. You can appeal the decision by filing a written notice to Health Net within six months after receiving the denial notice. Health Net will respond within 30 days. If you are not satisfied with the response to your appeal, you have the right to request a fair hearing from the Department of Social Services at any time, without going through Health Net's Grievance Procedure. You may contact the DHCS Public Inquiry and Response Unit at (800) 952-5253, TDD (800) 952-8349.

Public policy

Health Net has some Medi-Cal beneficiaries on a committee that advises on public policy

matters. For the purposes of this paragraph, "public policy" means actions performed by Health Net and its employees to assure the comfort, dignity and convenience of members who rely on Participating Facilities to provide health care services. If an adult member is interested in being a member of this committee, he or she should call Health Net's Member Services Department to express his or her interest.

Independent contractor relationship

Although Health Net monitors the quality of care rendered by its Participating Dental Providers, the relationship between Health Net and Participating Dental Providers is that of independent contractors. Participating Dental Providers are not agents or employees of Health Net, nor is Health Net and its employees agents or employees of any Participating Dental Provider. Participating Dental Providers maintain the provider-patient relationship with you, and are solely responsible for all the services they provide to you. In no event shall Health Net be liable for the negligence, wrongful acts or omissions of Participating Dental Providers.

Provider compensation

Health Net pays Participating Dental Providers under this dental plan in a variety of ways. Generally, Health Net contracts with dentists on either a fee-for-service basis or what is called a "capitated" basis. For example, a capitated compensation arrangement is where Health Net pays a per-member-per month fee to the dentist, and the dentist is responsible for providing services to members. If you have any questions how a particular Participating Dental Provider is paid, ask the provider.

Health Net does not use any compensation arrangements that unduly influence or incent a Participating Dental Provider to withhold Dentally Necessary care. Health Net does not have any contract with a Participating Dental Provider that contains an incentive plan that includes specific payment to the provider as an inducement to deny, reduce, limit, or delay Dentally Necessary and appropriate services with respect to a member.

Participating Dental Providers are required to provide Dentally Necessary services in a quality manner in accordance with professional, legal and contractual requirements. Health Net and Participating Dental Providers emphasize preventive health care services and utilization of cost effective treatment methods.

Definitions

The following definitions may help you to understand this Evidence of Coverage:

- *Dentally Necessary* - Covered services that are necessary and appropriate for the treatment of a member's teeth, gums and supporting structures according to professionally recognized standards of practice.
- *Emergency Dental Services* - An emergency dental condition exists if a "prudent layperson" could reasonably expect the absence of immediate dental attention to result in serious jeopardy or harm to the individual.
- *Experimental* - Any treatment, therapy, procedure, drug, facility, equipment, device or supply that is not recognized in accordance with generally accepted professional dental standards in the general dental community as being safe and effective for use in the treatment of the illness, injury or condition at issue;

or any service or supplies which require approval by the federal government, or any agency thereof, or by any state governmental agency, prior to use and where such approval has been granted at the time the services or supplies are rendered; or any services or supplies which themselves are not approved or recognized in accordance with accepted professional dental standards but nevertheless are authorized by law or the act of a governmental agency for use in testing, trials or other studies on human patients.

- *Participating Dental Provider* - A dentist or dental facility contracted to participate under Health Net's Medi-Cal dental plan to provide covered services to members.
- *Primary Dentist* - A Participating Dental Provider who has contracted to participate under Health Net's Medi-Cal dental plan to provide initial and primary dental care to members, maintain continuity of patient care and initiate referrals for specialty dental care.

Non-discrimination

Health Net does not discriminate in its employment practice or in the arrangement of dental care services on the basis of race, age, color, national origin, sex, sexual orientation or physical or mental ability.

Member rights and responsibilities

YOUR RIGHTS:

- To a reasonable response to a request for services, including evaluations and referrals.

- To a timely response to complaints and inquiries.
- To be fully informed about Health Net's grievance procedure and how to use it without fear of prejudicial treatment from your dental provider.
- To be informed about your available dental plan benefits, including a clear explanation about how to obtain services.
- To be treated with dignity and respect.
- To candid discussions of appropriate or Dentally Necessary treatment options for your condition, regardless of cost or benefit coverage.
- To courteous and considerate treatment.
- To discuss advance directives with your dental providers.
- To expect privacy and confidentiality regarding your dental conditions and personal issues. Health Net provides members a Notice of Privacy Practices that describes how dental information about members may be used and disclosed under this dental plan, and how you can get access to this information.
- To receive a second opinion when such an opinion is deemed Dentally Necessary by your Primary Dentist.
- To receive reasonable information regarding the risk for a given treatment, the length of disability and the qualifications of the provider of care, prior to giving consent for any procedure.
- To select a Primary Dentist from Health Net's contracting Primary Dentists.
- To have access to personal medical records, and where legally appropriate, receive copies of, amend or correct your dental record.
- To request a State fair hearing.
- To disenroll without cause.
- To interpretation assistance in your preferred language for provider-patient communications.
- To receive an oral translation of written materials in your preferred language if translated written materials are not available.
- To participate in decision making regarding your dental care, including the right to refuse treatment.
- To be free from any form of restraint or seclusion used as a means of coercion, discipline, convenience or retaliation.
- To freely exercise these rights without adversely affecting how they are treated by Health Net, Participating Dental Providers or the State.
- To receive information about the dental plan, its services, its providers and members' rights and responsibilities.
- To make recommendations regarding the dental plan's member rights and responsibilities policies.

YOUR RESPONSIBILITIES:

- Being aware of your benefits and services and how to obtain them.
- Contacting your Primary Dentist or Health Net Member Services Department with any questions or concerns about your benefits and services.
- Following plans and instruction for care that you have agreed on with your provider (you may, however, refuse dental treatment).
- Informing the Member Services Department regarding any change in residence and any circumstance that may affect your entitlement to coverage or eligibility.
- Establishing and maintaining a patient-Primary Dentist relationship.

- Scheduling or rescheduling appointments and informing the provider when it is necessary to cancel an appointment.
- Supplying information (to the extent possible) that the dental plan and Participating Dental Providers need in order to provide care.

your circumstances, dental care given to you, and your medical history. Actions we take when we act as a dental plan include checking your eligibility, enrollment, and amount of medical aid, approving, giving and paying for Medi-Cal services, and investigating or prosecuting Medi-Cal cases (such as fraud).

Notice of privacy practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

Health Net provides dental coverage to you for the Medi-Cal Program. We are required by State and federal law to protect your health information. We must give you this notice that tells how we may use and share your information and what your rights are. Your information is personal and private.

We receive information about you from Medi-Cal after you become eligible and enroll in our health plan. We also receive medical information from your doctors, clinics, labs and hospitals in order to pay for your health care.

CHANGES TO NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

We have the right to change these privacy practices. If we do make changes, we will revise this notice and send it to you.

HOW WE MAY USE AND SHARE INFORMATION ABOUT YOU

Your information may be used or shared by Health Net only for a reason directly connected to the Medi-Cal Program. The information we use and share includes: your name, address, personal information about

SOME EXAMPLES:

- *For treatment:* You may need dental treatment that requires us to approve care covered by Medi-Cal in advance. We will share information with dentists, doctors, hospitals and others in order to get you the care you need.
- *For payment:* Health Net reviews, approves and pays for health care claims sent to us for your dental care. When we do this, we share information with the dentist, doctors, clinics, and others who bill us for your care. And we may forward bills to other health plans or organizations for payment.
- *For health care operations:* We may use information in your health record to judge the quality of the health care you receive. We may also use this information in audits, fraud and abuse programs, planning and general administration.

Health Net does not have complete copies to your dental records. If you want to look at it, get a copy of, or change your dental records, please contact your dentist.

OTHER USES FOR YOUR HEALTH INFORMATION

We will also send your information when we are required or permitted to do so by law. Sometimes a court will order us to give out your health information. We will also give when legally required to do so for the

operations of Medi-Cal. This may involve fraud or actions to recover money from others, when Medi-Cal has paid your medical claims.

You or your dentist, doctor, hospital, and other health care providers may appeal decisions made about claims for your Medi-Cal care. Your health information may be used to make these appeal decisions.

WHEN WRITTEN CONSENT IS NEEDED

If we want to use your information for any purpose not listed above, we must get your written consent. If you give us your consent, you may take it back in writing at any time.

WHAT ARE YOUR PRIVACY RIGHTS?

- You have the right to ask us not to use or share your personal health care information in the ways described above. We may not be able to agree to your request.
- You have the right to ask us to contact you only in writing or at a different address, post office box, or telephone number. We will accept reasonable requests when necessary to protect your safety.
- You and your personal representative have the right to get a copy of your Medi-Cal information. You will be sent a form to fill out and may be charged a fee for the costs of copying and mailing records. (We may keep you from seeing certain parts of your records for reasons allowed by law.)
- You have the right to ask that information in your records be changed if it is not correct or complete. We may refuse your request if the information is not created or kept by Health Net, or we believe it is correct and complete.

- If we don't make the changes you ask, you may ask that we review our decision. You may also send a statement saying why you disagree with our records and your statement will be kept with your records.
- When we share your health information for reasons other than treatment, payment or Health Net operations, you have the right to request a list of whom we shared the information with, when we shared it, for what reasons, and what information was shared.

HOW DO YOU CONTACT US TO USE YOUR RIGHTS?

If you want to use any of the privacy rights explained in this notice, please call or write us at:

Health Net Privacy Officer
21281 Burbank Boulevard
Woodland Hills, CA 91367
(800) 675-6110
Email: Privacy@healthnet.com

COMPLAINTS

If you believe that we have not protected your privacy and wish to complain, you may file a complaint by calling or writing:

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
CA Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS0010
Sacramento, CA 95899-7413

USE YOUR RIGHTS WITHOUT FEAR

Health Net cannot take away your health care benefits or do anything to hurt you in any way if you choose to file a complaint or use any of the privacy rights in this notice.

QUESTIONS

If you have any questions about this Notice and want further information, please contact us at Health Net Privacy Officer, Health Net, at the address and phone number provided above.

Federally Required Adult Dental Services (FRADS)

Dear Member,

Effective May 1, 2014 certain adult dental benefits have been restored in accordance with Assembly Bill 82 (AB 82). The restored services are listed below, with full descriptions of these procedures found in Section 5 “Manual of Criteria and Schedule of Maximum Allowances” of the Provider Handbook.

- Exams and x-rays
- Cleanings
- Fluoride treatments
- Fillings
- Anterior root canals (front teeth)
- Prefabricated crowns
- Full dentures
- Other medically necessary dental services

Exemptions to Eliminated Adult Dental Benefits

- Medical and surgical services provided by a doctor of dental medicine or dental surgery, which, if provided by a physician, would be considered physician services, and which services may be provided by either a physician or a dentist in this state
- Federal law requires the provision of these services. The services that are allowable as Federally Required Adult Dental Services (FRADS) under this definition have been listed. (Please refer to Table 1 for a list of allowable procedure codes).
- Pregnancy-related services and services for the treatment of other conditions that might complicate the pregnancy have been expanded. Effective October 1, 2014, pregnant beneficiaries, regardless of age, aid code, and/or scope of benefits will be eligible to receive all dental procedures listed in the Denti-Cal Manual of Criteria (MOC) that are covered by the Medi-Cal Program so long as all MOC procedure requirements and criteria are met.
 - Beneficiaries will also be eligible to receive these services for 60 days postpartum, including any remaining days in the month in which the 60th days falls.

- Beneficiaries receiving long-term care in an intermediate care facility (ICF) or a skilled nursing facility (SNF), as defined in the *Health and Safety Code* (H&S Code), Section 1250, subdivisions (c) and (d), and licensed pursuant to H&S Code Section 1250, subdivision (k). Dental services do not have to be provided in the facility to be payable.
 - This exception only applies for beneficiaries who reside in a SNF or ICF as defined above. This does not apply to beneficiaries residing in facilities defined under separate sections of the Health and Safety Code such as ICF-Developmentally Disabled (DD), ICF-Developmentally Disabled Habilitative (DDH) or ICF-Developmentally Disabled Nursing (DDN).

Skilled Nursing Facility (SNF): A skilled nursing facility is a health facility or a distinct part of a hospital which provides continuous skilled nursing care and supportive care to patients whose primary need is for availability of skilled nursing care on an extended basis. A skilled nursing facility provides 24-hours inpatient care and, as a minimum, includes physician, skilled nursing, dietary, pharmaceutical services and an activity program.

Intermediate Care Facility (ICF): An intermediate care facility is a health facility, or a distinct part of a hospital or skilled nursing facility which provides inpatient care to patients who have need for skilled nursing supervision and need supportive care, but who do not require continuous nursing care.

- Dental Service Precedent to a Covered Medical Service
 - Beneficiaries may receive dental services that are necessary (precedent) in order to undergo a covered medical service. The majority of these dental services are covered under the FRADS listed in Table 1. A precedent dental service that is not on the list of FRADS will be evaluated and adjudicated on a case by case basis.

Please contact HEALTH NET Dental Plan if you have any questions at (877) 550-3868.

Table 1: Federally Required Adult Dental Services (FRADS)

The following procedure codes will continue as reimbursable procedures for Medi-Cal beneficiaries 21 years of age and older beginning July 1, 2009.

*Please note: The CDT-4 procedure codes marked with an asterisk (D0220, D0230, D0250, D0260, D0290, D0310, D0322 and D0330) are only payable for Medi-Cal beneficiaries age 21 and older who are not otherwise

exempt when the procedure is appropriately rendered in conjunction with another FRADS.

CDT-4 Code	CDT-4 Code Description
D0220*	Intraoral - periapical first film
D0230*	Intraoral - periapical each additional film
D0250*	Extraoral - first film
D0260*	Extraoral - each additional film
D0290*	Posterior - anterior or lateral skull and facial bone survey film
D0310*	Sialography
D0320	Temporomandibular joint arthrogram, including injection
D0322*	Tomographic survey
D0330*	Panoramic film
D0502	Other oral pathology procedures, by report
D0999	Unspecified diagnostic procedure, by report
D2910	Recement inlay
D2920	Recement crown
D2940	Sedative filling
D5911	Facial moulage (sectional)
D5912	Facial moulage (complete)
D5913	Nasal prosthesis
D5914	Auricular prosthesis
D5915	Orbital prosthesis
D5916	Ocular prosthesis
D5919	Facial prosthesis
D5922	Nasal septal prosthesis
D5923	Ocular prosthesis, interim
D5924	Cranial prosthesis
D5925	Facial augmentation implant prosthesis
D5926	Nasal prosthesis, replacement
D5927	Auricular prosthesis, replacement

CDT-4 Code	CDT-4 Code Description
D5928	Orbital prosthesis, replacement
D5929	Facial prosthesis, replacement
D5931	Obturator prosthesis, surgical
D5932	Obturator prosthesis, definitive
D5933	Obturator prosthesis, modification
D5934	Mandibular resection prosthesis with guide flange
D5935	Mandibular resection prosthesis without guide flange
D5936	Obturator prosthesis, interim
D5937	Trismus appliance (not for TMD treatment)
D5953	Speech aid prosthesis, adult
D5954	Palatal augmentation prosthesis
D5955	Palatal lift prosthesis, definitive
D5958	Palatal lift prosthesis, interim
D5959	Palatal lift prosthesis, modification
D5960	Speech aid prosthesis, modification
D5982	Surgical stent
D5983	Radiation carrier
D5984	Radiation shield
D5985	Radiation cone locator
D5986	Fluoride gel carrier
D5987	Commissure splint
D5988	Surgical splint
D5999	Unspecified maxillofacial prosthesis, by report
D6100	Implant removal, by report
D6930	Recement fixed partial denture
D6999	Unspecified fixed prosthodontic procedure, by report
D7111	Coronal remnants - deciduous tooth

CDT-4 Code	CDT-4 Code Description
D7140	Extraction, erupted tooth or exposed root (elevation and/or forceps removal)
D7210	Surgical removal of erupted tooth requiring elevation of mucoperiosteal flap and removal of bone and/or section of tooth
D7220	Removal of impacted tooth - soft tissue
D7230	Removal of impacted tooth - partially bony
D7240	Removal of impacted tooth - completely bony
D7241	Removal of impacted tooth - completely bony, with unusual surgical complications
D7250	Surgical removal of residual tooth roots (cutting procedure)
D7260	Oroantral fistula closure
D7261	Primary closure of a sinus perforation
D7270	Tooth reimplantation and/or stabilization of accidentally evulsed or displaced tooth
D7285	Biopsy of oral tissue - hard (bone, tooth)
D7286	Biopsy of oral tissue - soft (all others)
D7410	Excision of benign lesion up to 1.25 cm
D7411	Excision of benign lesion greater than 1.25 cm
D7412	Excision of benign lesion, complicated
D7413	Excision of malignant lesion up to 1.25 cm
D7414	Excision of malignant lesion greater than 1.25 cm
D7415	Excision of malignant lesion, complicated
D7440	Excision of malignant tumor - lesion diameter up to 1.25 cm
D7441	Excision of malignant tumor - lesion diameter greater than 1.25 cm
D7450	Removal of benign odontogenic cyst or tumor - lesion diameter up to 1.25cm

CDT-4 Code	CDT-4 Code Description
D7451	Removal of benign odontogenic cyst or tumor - lesion diameter greater than 1.25 cm
D7460	Removal of benign nonodontogenic cyst or tumor - lesion diameter up to 1.25 cm
D7461	Removal of benign nonodontogenic cyst or tumor - lesion diameter greater than 1.25 cm
D7465	Destruction of lesion(s) by physical or chemical method, by report
D7490	Radical resection of mandible with bone graft
D7510	Incision and drainage of abscess - intraoral soft tissue
D7520	Incision and drainage of abscess - extraoral soft tissue
D7530	Removal of foreign body from mucosa, skin, or subcutaneous alveolar tissue
D7540	Removal of reaction producing foreign bodies, musculoskeletal system
D7550	Partial ostectomy/sequestrectomy for removal of non-vital bone
D7560	Maxillary sinusotomy for removal of tooth fragment or foreign body
D7610	Maxilla - open reduction, teeth immobilized if present
D7620	Maxilla - closed reduction, teeth immobilize, if present
D7630	Mandible - open reduction (teeth immobilized, if present)
D7640	Mandible - closed reduction (teeth immobilized, if present)
D7650	Malar and/or zygomatic arch - open reduction
D7660	Malar and/or zygomatic arch - closed reduction
D7670	Alveolus - closed reduction, may include stabilization of teeth
D7671	Alveolus - open reduction, may include stabilization of teeth
D7680	Facial bones - complicated reduction with fixation and multiple surgical approaches

CDT-4 Code	CDT-4 Code Description
D7710	Maxilla - open reduction
D7720	Maxilla - closed reduction
D7730	Mandible - open reduction
D7740	Mandible - closed reduction
D7750	Malar and/or zygomatic arch - open reduction
D7760	Malar and/or zygomatic arch - closed reduction
D7770	Alveolus - open reduction stabilization of teeth
D7771	Alveolus, closed reduction stabilization of teeth
D7780	Facial bones - complicated reduction with fixation and multiple surgical approaches
D7810	Open reduction of dislocation
D7820	Closed reduction of dislocation
D7830	Manipulation under anesthesia
D7840	Condylectomy
D7850	Surgical discectomy, with/without implant
D7852	Disc repair
D7854	Synovectomy
D7856	Myotomy
D7858	Joint reconstruction
D7860	Arthrotomy
D7865	Arthroplasty
D7870	Arthrocentesis
D7872	Arthroscopy - diagnosis, with or without biopsy
D7873	Arthroscopy - surgical: lavage and lysis of adhesions
D7874	Arthroscopy - surgical: disc repositioning and stabilization
D7875	Arthroscopy - surgical: synovectomy

CDT-4 Code	CDT-4 Code Description
D7876	Arthroscopy - surgical: debridement
D7877	Arthroscopy - surgical: debridement
D7910	Suture of recent small wounds up to 5 cm
D7911	Complicated suture - up to 5 cm
D7912	Complicated suture – greater than 5 cm
D7920	Skin graft (identify defect covered, location and type of graft)
D7940	Osteoplasty - for orthognathic deformities
D7941	Osteotomy - mandibular rami
D7943	Osteotomy - mandibular rami with bone graft; includes obtaining the graft
D7944	Osteotomy - segmented or subapical - per sextant or quadrant
D7945	Osteotomy - body of mandible
D7946	LeFort I (maxilla - total)
D7947	LeFort I (maxilla - segmented)
D7948	LeFort II or LeFort III (osteoplasty of facial bones for midface hypoplasia or retrusion) - without bone graft
D7949	LeFort II or LeFort III - with bone graft
D7950	Osseous, osteoperiosteal, or cartilage graft of mandible or facial bones - autogenous or nonautogenous, by report
D7955	Repair of maxillofacial soft and hard tissue defect
D7971	Excision of pericoronal gingiva
D7980	Sialolithotomy
D7981	Excision of salivary gland, by report
D7982	Sialodochoplasty
D7983	Closure of salivary fistula
D7990	Emergency tracheotomy
D7991	Coronoidectomy

CDT-4 Code	CDT-4 Code Description
D7995	Synthetic graft - mandible or facial bones, by report
D7997	Appliance removal (not by dentist who placed appliance), includes removal of archbar
D7999	Unspecified oral surgery procedure, by report
D9110	Palliative (emergency) treatment of dental pain - minor procedure
D9210	Local anesthesia not in conjunction with operative or surgical procedures
D9220	Deep sedation/general anesthesia - first 30 minutes
D9221	Deep sedation/general anesthesia - each additional 15 minutes
D9230	Analgesia, anxiolysis, inhalation of nitrous oxide
D9241	Intravenous conscious sedation/analgesia - first 30 minutes
D9242	Intravenous conscious sedation/analgesia - each additional 15 minutes
D9248	Non-intravenous conscious sedation
D9410	House/extended care facility call
D9420	Hospital call
D9430	Office visit for observation (during regularly scheduled hours) - no other services performed
D9440	Office visit - after regularly scheduled hours
D9610	Therapeutic drug injection, by report
D9910	Application of desensitizing medicament
D9930	Treatment of complications (post - surgical) - unusual circumstances, by report
D9999	Unspecified adjunctive procedure, by report

Table 2: Allowable Procedure Codes for Pregnant Women

CDT Code	Description	Frequency
Diagnostic Services		
D0120	Periodic Oral Examination	1 per 6 months
D0145	Oral Evaluation Under Age 3	
D0150	Comprehensive Oral Evaluation	
D0180	Comprehensive Periodontal Evaluation	
D0140	Limited Oral Evaluation	
D0160	Oral Evaluation, Problem Focused	
D0170	Re-Evaluation, Limited, Problem Focused	
D0210	Intraoral, Complete Series of Radiographic Images	1 per 36 months
D0330	Panoramic Radiographic Image	
D0220	Intraoral, Periapical, First Radiographic Image	
D0230	Intraoral, Periapical, Each Add 'l Radiographic Image	
D0240	Intraoral, Occlusal Radiographic Image	2 per 6 months
D0250	Extraoral, First Radiographic Image	1 per date of service
D0260	Extraoral, Each Add 'l Radiographic Image	4 per date of service
D0270	Bitewing, Single Radiographic Image	1 per date of service
D0272	Bitewings, 2 Radiographic Images	1 series per 6 months
D0274	Bitewings, 4 Radiographic Images	
D0290	Posterior-Anterior, Lateral Skull & Facial Bone Survey	3 per date of service
D0320	TMJ Arthrogram, Including Injection	
D0310	Sialography	
D0322	Tomographic Survey	2 per 12 months
D0340	Cephalometric Image	2 per 12 months
D0350	Oral/Facial Photographic Images	4 per date of service
D0460	Pulp Vitality Tests	
D0470	Diagnostic Casts	only a Benefit with covered Orthodontic Services
D0502	Other Oral Pathology Procedures, By Report	
D0999	Unspecified Diagnostic Procedure, By Report	
Preventive Services		
D1110	Prophylaxis, Adult	1 per 6 months
D1120	Prophylaxis, Child	

D1203	Topical Application of Fluoride, Child	1 per 6 months
D1204	Topical Application of Fluoride, Adult	
D1206	Topical Application of Fluoride Varnish	
D1310	Nutritional Counseling for Control of Dental Disease	
D1320	Tobacco Counseling, Control/Prevention Oral Disease	
D1330	Oral Hygiene Instruction	
D1351	Sealant, Per Tooth	1 per tooth every 36 months, 1st and 2nd molars only
D1352	Preventive Resin Restoration, Permanent Tooth	
D1510	Space Maintainer, Fixed, Unilateral	1 per quad/arch every 12 months, under 18
D1515	Space Maintainer, Fixed, Bilateral	
D1520	Space Maintainer, Removable, Unilateral	
D1525	Space Maintainer, Removable, Bilateral	
D1550	Recementation of Space Maintainer	1 per quad/arch every 12 months, under 18
D1555	Removal of Fixed Space Maintainer	
Restorative Services		
D2140	Amalgam, 1 Surface, Primary or Permanent	Primary - 1 per surface per tooth every 12 months Permanent - 1 per surface per tooth every 36 months
D2150	Amalgam, 2 Surfaces, Primary or Permanent	
D2160	Amalgam, 3 Surfaces, Primary or Permanent	
D2161	Amalgam, 4 or More Surfaces, Primary or Permanent	
D2330	Resin-Based Composite, 1 Surface, Anterior	
D2331	Resin-Based Composite, 2 Surfaces, Anterior	
D2332	Resin-Based Composite, 3 Surfaces, Anterior	
Restorative Services Continued		
D2335	Resin-Based Composite, 4+ Surfaces/Incisal Angle	Primary - 1 per surface per tooth every 12 months Permanent - 1 per surface per tooth every 36 months
D2391	Resin-Based Composite, 1 Surface, Posterior	
D2392	Resin-Based Composite, 2 Surfaces, Posterior	
D2393	Resin-Based Composite, 3 Surfaces, Posterior	
D2394	Resin-Based Composite, 4+ Surfaces, Posterior	
D2390	Resin-Based Composite Crown, Anterior	Primary - 1 per tooth every 12 months Permanent - 1 per tooth every 36 month
D2710	Crown, Resin-Based Composite (Indirect)	1 per tooth per 5 year period, age 13 and over
D2712	Crown, 3/4 Resin-Based Composite (Indirect)	
D2721	Crown, Resin with Predominantly Base Metal	
D2740	Crown, Porcelain/Ceramic Substrate	
D2750	Crown, Porcelain Fused to High Noble Metal	
D2751	Crown, Porcelain Fused to Predominantly Base Metal	

D2752	Crown, Porcelain Fused to Noble Metal	
D2780	Crown, ¾ Cast High Noble Metal	
D2781	Crown, ¾ Cast Predominantly Base Metal	
D2782	Crown, ¾ Cast Noble Metal	
D2783	Crown, ¾ Porcelain/Ceramic	
D2790	Crown, Full Cast High Noble Metal	
D2791	Crown, Full Cast Predominantly Base Metal	
D2792	Crown, Full Cast Noble Metal	
D2794	Crown, Titanium	
D2799	Provisional Crown	
D2910	Recement Inlay, Onlay, Partial Coverage Restoration	1 per tooth every 12 months
D2915	Recement Cast or Prefabricated Post & Core	
D2920	Recement Crown	
D2930	Prefabricated Stainless Steel Crown, Primary Tooth	Primary - 1 per tooth every 12 months Permanent - 1 per tooth every 36 months
D2931	Prefabricated Stainless Steel Crown, Permanent Tooth	
D2932	Prefabricated Resin Crown	
D2933	Prefabricated Stainless Steel Crown, Resin Window	
D2934	Prefabricated Esthetic Coated Stainless Steel Crown, Primary Tooth	
D2940	Protective Restoration (Temporary)	1 per tooth every 6 months
D2950	Core Build-Up, Including Any Pins	
D2951	Pin Retention, Per Tooth, In Addition to Restoration	
D2952	Post & Core In Addition to Crown, Indirect Fabricated	
D2953	Each Additional Indirect Fabric. Post, Same Tooth	
D2954	Prefabricated Post & Core In Addition to Crown	
D2955	Post Removal	
D2957	Each Additional Prefabricated Post, Same Tooth	
D2970	Temporary Crown (Fractured Tooth)	
D2971	Add 'l Procedure/New Crown, Existing Partial Denture	
D2980	Crown Repair, Restorative Material Failure	
D2999	Unspecified Restorative Procedure, By Report	
Endodontic Services		
D3110	Pulp Cap – Direct (Excluding Final Restoration)	
D3120	Pulp Cap – Indirect (Excluding Final Restoration)	
D3220	Therapeutic Pulpotomy (Excluding Final Restoration)	1 per tooth per lifetime
D3221	Pulpal Debridement, Primary & Permanent Teeth	
D3222	Partial Pulpotomy For Apexogenesis, permanent tooth	
D3230	Pulpal Therapy (Resorbable Filling), Anterior Primary	1 per tooth per lifetime
D3240	Pulpal Therapy (Resorbable Filling), Posterior, Primary	
D3310	Anterior (Excluding Final Restoration)	

D3320	Bicuspid (Excluding Final Restoration)	1 per tooth per lifetime
D3330	Molar (Excluding Final Restoration)	
Endodontic Services Continued		
D3331	Treatment of Root Canal Obstruction; Non-Surgical	
D3332	Incomplete Endodontic Therapy, Inoperable	
D3333	Internal Root Repair of Perforation Defects	
D3346	Retreatment of Previous Root Canal – Anterior	
D3347	Retreatment of Previous Root Canal – Bicuspid	
D3348	Retreatment of Previous Root Canal – Molar	
D3351	Apexification/Recalcification/Pulp Reg. – Initial Visit	1 per tooth per lifetime
D3352	Apexification/Recalcification/Pulp Reg. – Interim Med.	1 per tooth per lifetime
D3410	Apicoectomy/Periradicular Surgery – Anterior	
D3421	Apicoectomy/Periradicular Surgery – Bicuspid	
D3425	Apicoectomy/Periradicular Surgery – Molar	
D3426	Apicoectomy/Periradicular Surgery – Each Add 'l Root	
D3430	Retrograde Filling – Per Root	
D3910	Surgical Procedure for Isolation with Rubber Dam	
D3999	Unspecified Endodontic Procedure, By Report	
Periodontal Services		
D4210	Gingivectomy/Gingivoplasty, 4+ Teeth Per Quadrant	1 per site/quad every 36 months, 13 and over
D4211	Gingivectomy/Gingivoplasty, 1-3 Teeth Per Quadrant	
D4249	Clinical Crown Lengthening, Hard Tissue	
D4260	Osseous Surgery, 4+ Teeth Per Quadrant	
D4261	Osseous Surgery, 1-3 Teeth Per Quadrant	
D4265	Biologic Materials to Aid in Tissue Regeneration	
D4341	Periodontal Scaling & Root Planing, 4+ Teeth/Quadrant	1 per site/quad every 24 months, age 13 and over
D4342	Periodontal Scaling & Root Planing, 1-3 Teeth/Quadrant	
D4355	Full Mouth Debridement	
D4381	Localized Delivery of Antimicrobial Agent/Per Tooth	
D4910	Periodontal Maintenance	1 per 12 months, age 13 and over
D4920	Unscheduled Dressing Change/Non-Treating Dentist	13 and over
D4999	Unspecified Periodontal Procedure, By Report	
Removable Prosthodontic Services		
D5110	Complete Denture, Maxillary	1 per arch per 5 year period
D5120	Complete Denture, Mandibular	
D5130	Immediate Denture, Maxillary	
D5140	Immediate Denture, Mandibular	
D5211	Maxillary Partial Denture, Resin Base	
D5212	Mandibular Partial Denture, Resin Base	

D5213	Maxillary Partial Denture, Cast Metal/Resin Base	
D5214	Mandibular Partial Denture, Cast Metal/Resin Base	
D5410	Adjust Complete Denture, Maxillary	2 per arch every 12 months
D5411	Adjust Complete Denture, Mandibular	
D5421	Adjust Partial Denture, Maxillary	
D5422	Adjust Partial Denture, Mandibular	
D5510	Repair Broken Complete Denture Base	2 per arch every 12 months
D5520	Replace Missing/Broken Teeth, Complete Denture	8 per arch every 12 months
D5610	Repair Resin Denture Base	2 per arch every 12 months
D5620	Repair Cast Framework	
D5630	Repair or Replace Broken Clasp	2 per arch every 12 months
D5640	Replace Broken Teeth, per Tooth	2 per arch every 12 months
D5650	Add Tooth to Existing Partial Denture	1 per tooth per 5 year period
D5660	Add Clasp to Existing Partial Denture	1 per tooth per 5 year period
D5730	Reline Complete Maxillary Denture, Chairside	1 per arch every 12 months
D5731	Reline Complete Mandibular Denture, Chairside	
D5740	Reline Maxillary Partial Denture, Chairside	
Removable Prosthodontic Services Continued		
D5741	Reline Mandibular Partial Denture, Chairside	1 per arch every 12 months
D5750	Reline Complete Maxillary Denture, Laboratory	
D5751	Reline Complete Mandibular Denture, Laboratory	
D5760	Reline Maxillary Partial Denture, Laboratory	
D5761	Reline Mandibular Partial Denture, Laboratory	
D5850	Tissue Conditioning, Maxillary	2 per arch every 36 months
D5851	Tissue Conditioning, Mandibular	
D5860	Overdenture, Complete, By Report	1 per 5 year period
D5862	Precision Attachment, By Report	
D5899	Unspecified Removable Prosthodontic Procedure, By Report	
Maxillofacial Prosthetic Services		
D5911	Facial Moulage (Sectional)	
D5912	Facial Moulage (Complete)	
D5913	Nasal Prosthesis	
D5914	Auricular Prosthesis	
D5915	Orbital Prosthesis	
D5916	Ocular Prosthesis	
D5919	Facial Prosthesis	

D5922	Nasal Septal Prosthesis	
D5923	Ocular Prosthesis, Interim	
D5924	Cranial Prosthesis	
D5925	Facial Augmentation Implant Prosthesis	
D5926	Nasal Prosthesis, Replacement	
D5927	Auricular Prosthesis, Replacement	
D5928	Orbital Prosthesis, Replacement	
D5929	Facial Prosthesis, Replacement	
D5931	Obturator Prosthesis, Surgical	
D5932	Obturator Prosthesis, Definitive	
D5933	Obturator Prosthesis, Modification	2 per 12 months
D5934	Mandibular Resection Prosthesis with Guide Flange	
D5935	Mandibular Resection Prosthesis without Guide Flange	
D5936	Obturator Prosthesis, Interim	
D5937	Trismus Appliance (Not for Tmd Treatment)	
D5951	Feeding Aid	under age 18
D5952	Speech Aid Prosthesis, Pediatric	
D5953	Speech Aid Prosthesis, Adult	age 18 and over
D5954	Palatal Augmentation Prosthesis	
D5955	Palatal Lift Prosthesis, Definitive	
D5958	Palatal Lift Prosthesis, Interim	
D5959	Palatal Lift Prosthesis, Modification	2 per 12 months
D5960	Speech Aid Prosthesis, Modification	2 per 12 months
D5982	Surgical Stent	
D5983	Radiation Carrier	
D5984	Radiation Shield	
D5985	Radiation Cone Locator	
D5986	Fluoride Gel Carrier	
D5987	Commissure Splint	
D5988	Surgical Splint	
D5991	Topical Medicament Carrier	
D5999	Unspecified Maxillofacial Prosthesis, By Report	
Implant Services		
D6010	Surgical Placement of Implant Body, Endosteal	Only a Plan Benefit when exceptional medical conditions are met Pre-Authorization Required
D6040	Surgical Placement: Eposteal Implant	
D6050	Surgical Placement: Transosteal Implant	
D6053	Implant/Abutment Supported Removable Denture, Complete Arch	
D6054	Implant/Abutment Supported Removable Denture, Partial Arch	
D6055	Connector Bar, Implant Supported or Abutment Supported	
D6056	Prefabricated Abutment, Includes Modification And Placement	

D6057	Custom Fabricated Abutment, Includes Placement	
D6058	Abutment Supported Porcelain/Ceramic Crown	
D6059	Abutment Supported Porcelain/High Noble Crown	
D6060	Abutment Supported Porcelain/Base Metal Crown	
D6061	Abutment Supported Porcelain/Noble Metal Crown	
D6062	Abutment Supported Cast Metal Crown, High Noble	
D6063	Abutment Supported Cast Metal Crown, Base Metal	
D6064	Abutment Supported Cast Metal Crown, Noble Metal	
D6065	Implant Supported Porcelain/Ceramic Crown	
D6066	Implant Supported Porcelain/Metal Crown	
D6067	Implant Supported Metal Crown	
D6068	Abutment Supported Retainer, Porcelain/Ceramic FPD	
D6069	Abutment Supported Retainer, Metal FPD, High Noble	
D6070	Abut. Support. Retainer, Porc./Metal FPD Base Metal	
D6071	Abut. Support. Retainer, Porc./Metal FPD, Noble	
D6072	Abut. Support. Retainer, Cast Metal FPD, High Noble	
D6073	Abut. Support. Retainer, Cast Metal FPD, Base Metal	
D6074	Abut. Support. Retainer, Cast Metal FPD, Noble	
D6075	Implant Supported Retainer for Ceramic FPD	
D6076	Implant Supported Retainer for Porc./Metal FPD	
D6077	Implant Supported Retainer for Cast Metal FPD	
D6078	Implant/Abut Support. Fixed Denture, Complete Edentulous Arch	
D6079	Implant/Abut Support. Fixed Denture, Partial Edentulous Arch	
D6080	Implant Maintenance Procedures	
D6090	Repair Implant Supported Prosthesis, By Report	
D6091	Replacement Of Semi-Precision Or Precision Attachment Of Implant	
D6092	Recent Implant/Abutment Supported Crown	
D6093	Recent Implant/Abutment Supported Fixed Partial Denture	
D6094	Abutment Supported Crown	
D6095	Repair Implant Abutment, By Report	
D6100	Implant Removal, By Report	
D6190	Radiographic/Surgical Implant Index, By Report	
D6194	Abutment Supported Retainer Crown For Fad, Titanium	
D6199	Unspecified Implant Procedure, By Report	
Fixed Prosthodontic Services		
D6211	Pontic, Cast Predominantly Base Metal	1 per tooth every 5 year period, age 13 and over
D6241	Pontic, Porcelain Fused To Predominantly Base Metal	
D6245	Pontic, Porcelain/Ceramic	
D6251	Pontic, Resin With Predominantly Base Metal	

D6721	Crown, Resin With Predominantly Base Metal	
D6740	Crown, Porcelain/Ceramic	
D6751	Crown, Porcelain Fused To Predominantly Base Metal	
D6781	Crown, ¾ Cast Predominantly Base Metal	
D6783	Crown, ¾ Porcelain/Ceramic	
D6791	Crown, Full Cast Predominantly Base Metal	
D6930	Recement Fixed Partial Denture	1 per site every 12 months
Fixed Prosthodontic Services Continued		
D6970	Post And Core, Fad, Indirectly Fabricated	
D6972	Prefabricated Post And Core, Fad	
D6973	Core Build Up For Retainer, Including Pins	
D6976	Each Add 'L Indirectly Fabricated Post, Same Tooth	
D6977	Each Add 'L Prefabricated Post, Same Tooth	
D6980	Fixed Partial Denture Repair, Restorative Material Failure	
D6999	Unspecified Fixed Prosthodontic Procedure, By Report	
Oral & Maxillofacial Surgical Services		
D7111	Extraction, Coronal Remnants, Deciduous Tooth	
D7140	Extraction, Erupted Tooth Or Exposed Root	
D7210	Surgical Removal Of Erupted Tooth	
D7220	Removal Of Impacted Tooth, Soft Tissue	
D7230	Removal Of Impacted Tooth, Partially Bony	
D7240	Removal Of Impacted Tooth, Completely Bony	
D7241	Removal Impacted Tooth, Complete Bony, Complication	
D7250	Surgical Removal Residual Tooth Roots, Cutting Procedure	
D7260	Oroantral Fistula Closure	
D7261	Primary Closure Of A Sinus Perforation	
D7270	Tooth Reimplantation/Stabilization, Accident	1 per arch per lifetime, for permanent anterior teeth only
D7280	Surgical Access Of An Unerupted Tooth	
D7283	Placement Of Device To Facilitate Eruption Of Impacted Tooth	
D7285	Biopsy Of Oral Tissue, Hard (Bone, Tooth)	1 per arch per date of service
D7286	Biopsy of Oral Tissue, Soft	3 per date of service
D7290	Surgical Repositioning of Teeth	1 per arch per lifetime, for active orthodontic treatment only
D7291	Transseptal Fiberotomy/Supra Crestal Fiberotomy, By Report	
D7310	Alveoloplasty with Extractions, 4+ Teeth, Quadrant	
D7311	Alveoloplasty with Extractions, 1-3 Teeth, Quadrant	

D7320	Alveoplasty, w/o Extractions, 4+ Teeth, Quadrant	
D7321	Alveoplasty, w/o Extractions, 1-3 Teeth, Quadrant	
D7340	Vestibuloplasty, Ridge Extension (Secondary Epithelialization)	1 per arch per 5 year period
D7350	Vestibuloplasty, Ridge Extension	1 per arch per lifetime
D7410	Excision of Benign Lesion Up to 1.25 cm	
D7411	Excision of Benign Lesion Greater Than 1.25 cm	
D7412	Excision of Benign Lesion, Complicated	
D7413	Excision of Malignant Lesion Up to 1.25 cm	
D7414	Excision of Malignant Lesion Greater Than 1.25 cm	
D7415	Excision of Malignant Lesion, Complicated	
D7440	Excision of Malignant Tumor, Up to 1.25 cm	
D7441	Excision of Malignant Tumor, Greater Than 1.25 cm	
D7450	Removal, Benign Odontogenic Cyst/Tumor, Up to 1.25 cm	
D7451	Removal, Benign Odontogenic Cyst/Tumor, Over 1.25 cm	
D7460	Removal, Benign Nonodontogenic Cyst/Tumor, to 1.25 cm	
D7461	Removal, Benign Nonodontogenic Cyst/Tumor, 1.25+ cm	
D7465	Destruction of Lesion(s) By Physical or Chemical Method, By Report	
D7471	Removal of Lateral Exostosis, Maxilla or Mandible	
D7472	Removal of Torus Palatinus	
D7473	Removal of Torus Mandibularis	
D7485	Surgical Reduction of Osseous Tuberosity	
D7490	Radical Resection of Maxilla or Mandible	
D7510	Incision & Drainage of Abscess, Intraoral Soft Tissue	
D7511	Incision & Drainage of Abscess, Intraoral Soft Tissue, Complicated	
D7520	Incision & Drainage, Abscess, Extraoral Soft Tissue	
Oral & Maxillofacial Surgical Services Continued		
D7521	Incision & Drainage, Abscess, Extraoral Soft Tissue, Complicated	
D7530	Remove foreign Body, Mucosa, Skin, Tissue	
D7540	Removal of Reaction Producing foreign Bodies, Musculoskeletal System	
D7550	Partial Osteotomy/Sequestrectomy for Removal of Non-Vital Bone	
D7560	Maxillary Sinusotomy, Remove Tooth Frag./Foreign Body	
D7610	Maxilla, Open Reduction	
D7620	Maxilla, Closed Reduction	
D7630	Mandible, Open Reduction	
D7640	Mandible, Closed Reduction	
D7650	Malar and/or Zygomatic Arch, Open Reduction	
D7660	Malar and/or Zygomatic Arch, Closed Reduction	

D7670	Alveolus, Closed Reduction, Includes Stabilization of Teeth	
D7671	Alveolus, Open Reduction, Includes Stabilization of Teeth	
D7680	Facial Bones, Complicated Reduction W/ Fixation	
D7710	Maxilla, Open Reduction	
D7720	Maxilla, Closed Reduction	
D7730	Mandible, Open Reduction	
D7740	Mandible, Closed Reduction	
D7750	Malar and/or Zygomatic Arch, Open Reduction	
D7760	Malar and/or Zygomatic Arch, Closed Reduction	
D7770	Alveolus, Open Reduction, Includes Stabilization of Teeth	
D7771	Alveolus, Closed Reduction, Includes Stabilization of Teeth	
D7780	Facial Bones, Complicated Reduction w/ Fixation	
D7810	Open Reduction of Dislocation	
D7820	Closed Reduction of Dislocation	
D7830	Manipulation Under Anesthesia	
D7840	Condylectomy	
D7850	Surgical Discectomy, with/without Implant	
D7852	Disc Repair	
D7854	Synovectomy	
D7856	Myotomy	
D7858	Joint Reconstruction	
D7860	Arthrotomy	
D7865	Arthroplasty	
D7870	Arthrocentesis	
D7871	Non-Arthroscopic Lysis And Lavage	
D7872	Arthroscopy - Diagnosis, with or without Biopsy	
D7873	Arthroscopy- Surgical: Lavage And Lysis of Adhesions	
D7874	Arthroscopy - Surgical: Disc Repositioning And Stabilization	
D7875	Arthroscopy - Surgical: Synovectomy	
D7876	Arthroscopy - Surgical: Discectomy	
D7877	Arthroscopy - Surgical: Debridement	
D7880	Occlusal Orthotic Device, By Report	
D7899	Unspecified Tmd Therapy, By Report	
D7910	Suture of Recent Small Wounds Up to 5cm	
D7911	Complicated Suture - Up to 5 cm	
D7912	Complicated Suture - Greater Than 5cm	
D7920	Skin Graft	
D7940	Osteoplasty - for Orthognathic Deformities	
D7941	Osteotomy - Mandibular Rami	
D7943	Osteotomy - Mandibular Rami with Bone Graft	
D7944	Osteotomy - Segmented or Subapical	
D7945	Osteotomy - Body of Mandible	

Oral & Maxillofacial Surgical Services Continued		
D7946	Lefort I (Maxilla - total)	
D7947	Lefort I (Maxilla - Segmented)	
D7948	Lefort II or Lefort III without Bone Graft	
D7949	Lefort II or Lefort III - with Bone Graft	
D7950	Osseous, Osteoperiosteal, or Cartilage Graft, By Report	
D7951	Sinus Augmentation w/ Bone, Bone Substitutes	
D7955	Repair of Maxillofacial Soft and/or Hard Tissue Defect	
D7960	Frenulectomy (Frenectomy or Frenotomy), Separate Procedure	
D7963	Frenuloplasty	1 per arch per date of service
D7970	Excision of Hyperplastic Tissue, Per Arch	
D7971	Excision of Pericoronal Gingival	
D7972	Surgical Reduction of Fibrous Tuberosity	
D7980	Sialolithotomy	
D7981	Excision of Salivary Gland, By Report	
D7982	Sialodochoplasty	
D7983	Closure of Salivary Fistula	
D7990	Emergency Tracheotomy	
D7991	Coronoidectomy	
D7995	Synthetic Graft - Mandible or Facial Bones, By Report	
D7997	Appliance Removal (Not By Dentist Who Placed) Includes Removal of Arch Bar	1 per arch per date of service
D7999	Unspecified Oral Surgery Procedure, By Report	
Orthodontic Services		
D8080	Comprehensive Orthodontic Treatment of Adolescent Dentition	
D8210	Removable Appliance Therapy	
D8220	Fixed Appliance Therapy	
D8660	Pre-Orthodontic Treatment Visit	
D8670	Periodic Orthodontic Treatment Visit	
D8680	Orthodontic Retention	
D8691	Repair of Orthodontic Appliance	1 per appliance per lifetime
D8692	Replacement of Lost or Broken Retainer	1 per arch per lifetime
D8693	Rebonding or Recementing; and/or Repair, as Required	
D8999	Unspecified Orthodontic Procedure, By Report	
Adjunctive General Services		
D9110	Palliative (Emergency) Treatment, Minor Procedure	1 per date of service
D9120	Fixed Partial Denture Sectioning	
D9210	Local Anesthesia Not with Operative/Surgical Procedure	1 per date of

		service
D9211	Regional Block Anesthesia	
D9212	Trigeminal Division Block Anesthesia	
D9215	Local Anesthesia with Operative/Surgical Procedure	
D9220	Deep Sedation/General Anesthesia, 1st 30 Minutes	
D9221	Deep Sedation/General Anesthesia, Each Add 'l 15 Minutes	
D9230	Inhalation of Nitrous Oxide/Analgesia, Anxiolysis	
D9241	Intravenous Conscious Sedation/Analgesia, 1st 30 Minutes	
D9242	IV Conscious Sedation/Analgesia, Each Add 'l 15 Minutes	
D9248	Non-Intravenous Conscious Sedation	
D9310	Consultation, Other Than Requesting Dentist	
D9410	House/Extended Care Facility Call	
D9420	Hospital or Ambulatory Surgical Center Call	
D9430	Office Visit for Observation, During Regularly Scheduled Hours, No Other Services	
D9440	Office Visit, After Regularly Scheduled Hours	1 per date of service
D9610	Therapeutic Parenteral Drug, Single Administration	4 per date of service
D9910	Application of Desensitizing Medicament	1 per tooth every 12 months, for permanent teeth only
D9930	Treatment of Complications, Post Surgical, Unusual	1 per date of service
Adjunctive General Services Continued		
D9950	Occlusion Analysis, Mounted Case	
D9951	Occlusal Adjustment, Limited	1 per quad every 12 months, age 14 and over
D9952	Occlusal Adjustment, Complete	1 per 12 months, age 14 and over
D9999	Unspecified Adjunctive Procedure, By Report	

Índice

Introducción	46
Cómo utilizar el plan dental	46
<i>Cómo elegir a un dentista primario</i>	46
<i>Cómo cambiar de dentista primario</i>	47
<i>Remisiones a especialistas</i>	47
<i>Centros de servicios de salud federalmente calificados (FQHC's)</i>	48
<i>Servicios multilingües</i>	48
<i>Servicios de intérprete</i>	48
Servicios dentales cubiertos	48
<i>Servicios de la Cita Inicial</i>	49
<i>Servicios preventivos</i>	49
<i>Servicios de restauración</i>	49
<i>Servicios de endodoncia</i>	49
<i>Servicios de periodoncia</i>	49
<i>Servicios de prótesis</i>	50
<i>Servicios de cirugía bucal</i>	50
<i>Servicios de ortodoncia</i>	50
<i>Servicios adjuntivos</i>	50
Servicios dentales de emergencia	50
Necesidad dental y odontología como servicio adecuado	50
Segundas opiniones	51
Continuidad de la atención	52
Salud infantil y prevención de incapacidad (CHDP, por sus siglas en inglés)	52

California Children Services	53
Caries producida por el biberón	53
Exclusiones	54
Desafiliación	55
<i>Servicios Especiales para Indios Norteamericanos</i>	55
Elegibilidad y comienzo de la cobertura	56
<i>Medi-Cal Transicional (TMC)</i>	56
<i>Servicios de Transporte</i>	56
Coordinación de benéficos	56
Responsabilidad civil de terceros	56
Responsabilidad por pago	57
Procedimiento para presentar quejas formales	57
Disposiciones de reintegro	59
Política pública	59
Relación con contratistas independientes	59
Remuneración de los proveedores	60
Definiciones	60
Antidiscriminación	61
Derechos y responsabilidades de los afiliados	61
Aviso de prácticas de privacidad	62
Servicios Dentales para Adultos Requeridos Federalmente (FRADS)	66

Introducción

Bienvenido al Plan Dental de Health Net. Health Net se ha contratado con el Departamento de Servicios de Salud de California ("DHCS") para coordinar los beneficios de cuidado dental para los beneficiarios inscritos de Medi-Cal. Health Net y sus proveedores dentales participantes harán los arreglos y coordinarán los servicios de cuidado dental para usted.

Como afiliado a este plan dental, se le pide que participe activamente para asegurar el éxito de su salud dental. Esta Evidencia de cobertura le explica sus derechos, responsabilidades y beneficios bajo este plan dental. También explica las responsabilidades que Health Net tiene con usted y cómo obtener asistencia a través del Departamento de servicios al afiliado de Health Net. Por favor, lea este documento importante y téngalo a mano para consultas rápidas. No todas las palabras y los términos utilizados en esta Evidencia de cobertura tienen sus significados habituales y algunos tienen significados que limitan su aplicación. Estos términos y palabras están definidos en la sección de "Definiciones" de este documento para ayudarle a comprender su significado.

El Departamento de servicios al afiliado de Health Net cuenta con personal que es sensible a sus necesidades de atención dental. Nuestros Representantes de servicios al afiliado se encuentran disponibles para ayudarle a entender el plan, elegir un Proveedor dental participante, ayudarle con los problemas que pueda tener con respecto a su atención dental y a presentar una queja formal. Para comunicarse con el Departamento de servicios al afiliado de Health Net, por favor, llame al 1-877-550-3868. Gracias por inscribirse en el

Plan dental de Health Net. Esperamos con anticipación atender sus necesidades de atención dental.

Cómo utilizar el plan dental

Para estar cubiertos bajo este plan dental los servicios deben ser proporcionadas por proveedores dentales participantes y dispuestos por su dentista primario, excepto en el caso de los servicios dentales de emergencia.

Es necesario que disponga de todos sus servicios dentales a través de su Dentista primario seleccionado. Si su Dentista primario no ha ordenado ni aprobado la atención dental que recibe, Health Net no será responsable por los gastos, excepto en el caso de Servicios dentales de emergencia. Puede programar citas regulares con los Proveedores dentales participantes, por teléfono o personalmente. Si tiene una necesidad urgente o una emergencia y no puede comunicarse con su Dentista primario, llame al número telefónico de emergencia que atiende las 24 horas, el cual encontrará en su tarjeta de identificación como afiliado.

CÓMO ELEGIR A UN DENTISTA PRIMARIO

Debe elegir al Dentista primario que desee que le sea asignado, en el Directorio de Proveedores dentales participantes. Si usted no elige a un Dentista primario o si el dentista que eligió esta "completo" o no acepta nuevos pacientes, se le elegirá un dentista en su nombre. También puede llamar al Departamento de servicios al afiliado de Health Net, al (877) 550-3868 para solicitar ayuda con la elección de un nuevo dentista. Le enviaremos por correo una tarjeta de identificación como afiliado con el nombre y número de teléfono de su dentista. El

Dentista primario de cada afiliado es responsable de la dirección y coordinación de la atención dental completa del afiliado. Su Dentista primario tendrá a su cargo las remisiones a otros Proveedores dentales participantes para pruebas de laboratorio, rayos X, atención dental de especialidad y otros servicios de atención dental que sean Odontológicamente necesarios. Health Net puede contratar a ciertos colegios de odontología como Proveedores participantes. En dichos lugares, la atención dental proporcionada por el colegio de odontología será brindada por los estudiantes de odontología o higiene dental y por médicos clínicos o instructores del colegio de odontología. Si Health Net contrata a un colegio de odontología, el mismo será específicamente identificado en el Directorio de dentistas participantes como "Colegio de odontología.". Recomendamos que usted y cada uno de los miembros de su familia inscritos en este plan programen una cita con su Dentista primario elegido dentro de los 120 días (4 meses) de la fecha de entrada en vigor de su inscripción. Es muy importante que usted programe esta cita inicial. En ese momento, conocerá a su Dentista primario, quien le realizara una evaluación dental completa. Su Dentista primario también puede ayudarle a obtener las remisiones Odontológicamente necesarias a especialistas y usted tendrá la oportunidad de ayudar a su dentista y a su familia a iniciar una sana relación dentista-paciente.

CÓMO CAMBIAR DE DENTISTA PRIMARIO

Puede suceder que usted decida cambiar su Dentista primario o el de los miembros de su familia inscritos. Lo único que tiene que hacer es llamar al Departamento de servicios al afiliado de Health Net. El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente al

que llamó para realizar el pedido de cambio. Debe continuar consultando a su Dentista primario actual hasta la fecha de entrada en vigor del cambio. El dentista que solicite puede no estar disponible si su práctica está "completa" o si no acepta nuevos pacientes, o si no tiene contrato con Health Net para participar en el Plan dental de Medi-Cal, de Health Net.

El Departamento de servicios al afiliado de Health Net le ayudará a elegir a un nuevo dentista. Si su Dentista primario termina su contrato, o pierde su contrato de participación con Health Net, o si su dentista elige no tratarle como paciente porque la "relación médico paciente" se encuentra deteriorada y siente que no puede satisfacer sus necesidades de atención dental, el Departamento de servicios al afiliado de Health Net se comunicará con usted para ayudarle a elegir a un nuevo Dentista primario.

REMISIONES A ESPECIALISTAS

Su Dentista primario es responsable de la dirección y coordinación de toda su atención dental para servicios cubiertos. Su Dentista primario dispondrá las pruebas de laboratorio, rayos X, remisiones a especialistas participantes y cualquier otro servicio de atención dental cubierto por este plan dental que sea Odontológicamente necesario. Para obtener dichos servicios, su Dentista primario le dará una remisión que autorice esos servicios. Para que estén cubiertas, las remisiones a un especialistas deben ser coordinadas con Health Net por su Dentista primario, excepto para la Atención dental de emergencia.

CENTROS DE SERVICIOS DE SALUD FEDERALMENTE CALIFICADOS (FQHC'S)

Usted tiene derecho a recibir sus servicios de atención dental en un FQHC contratado con Health Net Dental Plan. Para los nombres y las direcciones de los FQHC's en su área, por favor llame a nuestro departamento de Servicios para Miembros al 1-877-550-3868.

Si tiene preguntas o desea más información sobre los servicios dentales, por favor comuníquese con Denti-Cal. Los proveedores pueden llamar al 1-800-423-0507. Los beneficiarios o su representante pueden llamar al 1-800-322-6384 o puede visitar el sitio de Web de Denti-Cal en www.denti-cal.ca.gov.

SERVICIOS MULTILINGÜES

Si usted necesita ayuda con servicios en su idioma, tales como un intérprete, por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros y un representante le ayudará a localizar un intérprete. Nuestro departamento de servicios para miembros puede ayudarle en inglés, español, vietnamita, ruso, cantonés y mandarín. Para todos los demás idiomas haremos los arreglos para que un intérprete esté a su disposición.

SERVICIOS DE INTÉRPRETE

El Departamento de servicios al afiliado de Medi-Cal de Health Net emplea a representantes que hablan varios idiomas. El Departamento de servicios al afiliado también utiliza servicios telefónicos de intérprete para aquellos afiliados que hablan un idioma no representado en el Departamento. Si tiene preguntas o dudas sobre estos servicios, por favor llame al Departamento de servicios al afiliado. Entre

los servicios de intérprete que se prestan se incluye explicar los beneficios y responder a preguntas sobre el plan dental en el idioma preferido del afiliado y ayudarle con la programación de citas si el personal del consultorio del Proveedor dental participante no habla su idioma. También le ofrecemos servicios de intérprete durante las citas para recibir los servicios cubiertos si el personal del consultorio del proveedor no habla el idioma del afiliado. Los servicios de intérpretes que Health Net o los Proveedores dentales participantes proporcionan, se brindan sin ningún costo para el afiliado y se encuentran disponibles fuera del horario de atención. Los familiares y amigos del afiliado pueden actuar como intérpretes en las comunicaciones con Health Net o un Proveedor dental participante pero Health Net o el Proveedor dental participante no puede requerir que lo hagan. Health Net no alienta el uso de menores de edad como intérpretes.

Servicios dentales cubiertos

Los beneficios bajo este plan dental se limitan a aquellos servicios y suministros cubiertos bajo el Programa dental de Medi-Cal que se describe en el contrato dental de Health Net con el DHCS como responsabilidad financiera de Health Net. Para obtener una descripción de los elementos que están excluidos de la cobertura bajo este plan dental, por favor consulte la sección "Exclusiones", de esta Evidencia de cobertura.

IMPORTANTE: Si decide recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, un proveedor dental participante puede cobrar su tasa normal y habitual para estos servicios. Antes de proporcionar a un paciente con servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el dentista debería

proporcionarle al paciente un plan de tratamiento que incluye cada servicio previsto y el costo estimado de cada servicio. Si desea obtener más información acerca de las opciones de cobertura dental, puede llamar a servicios para miembros al (877) 550-3868 o a su agente de seguros. Para comprender plenamente su cobertura, puede que desee revisar cuidadosamente esta evidencia del documento de cobertura.

SERVICIOS DE LA CITA INICIAL

Llame a su Dentista de Atención Primaria (por sus siglas en inglés, PCD) para programar una cita para su primer examen. Para mantener una buena salud bucal, debe realizarse un examen bucal todos los años. Si tiene problemas inesperados relacionados con asuntos dentales entre sus consultas programadas regularmente, comuníquese con su PCD o con un Representante del Departamento de Servicios al Afiliado para obtener ayuda. Si tiene una lesión o siente dolor, comuníquese con su PCD de inmediato.

Su primera consulta con su PCD debe hacerse dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de inscripción en el Plan Dental de Sacramento County. En esta primera consulta, su PCD preparará su plan de tratamiento, que enumera los servicios dentales que su PCD le ha recomendado. A partir de entonces, todos sus servicios dentales serán realizados por su PCD o por un especialista al que lo remita su PCD. El tratamiento de un especialista debe estar autorizado por escrito.

Los siguientes servicios están cubiertos bajo este plan dental cuando sean Odontológicamente necesarios y sean proporcionados por un Proveedor dental participante:

- Exámenes, cubiertos una vez cada 6 meses consecutivos: para personas de 21 años de edad.
- Rayos X completos de la boca, cubiertos una vez cada 36 meses consecutivos.
- Rayos X Bitewings, cubiertos una vez cada 6 meses consecutivos: para personas de 21 años de edad.
- Rayos X panorámicos, cubiertos una vez cada 36 meses consecutivos.

SERVICIOS PREVENTIVOS

- Limpieza dental, cubierta una vez cada 6 meses consecutivos: para personas de 21 años de edad.
- Tratamiento tópico con flúor, cubierto hasta los 17 años de edad, una vez cada 12 meses consecutivos.
- Selladores dentales, cubiertos en los primeros molares permanentes hasta los 21 años de edad, en superficies oclusales, bucales y linguales, en los segundos molares permanentes hasta los 21 años de edad, en superficies oclusales, bucales y linguales.

SERVICIOS DE RESTAURACIÓN

- Empastes
- Coronas de acero inoxidable

SERVICIOS DE ENDODONCIA

- Pulpotomías
- Tratamiento de conducto para los dientes necesarios que puedan restaurarse.
- Apicectomías
- Formación del ápice.

SERVICIOS DE PERIODONCIA

- Curetaje subgingival y alisado radicular

- Gingivectomía
- Cirugía ósea.

SERVICIOS DE PRÓTESIS

- Dentaduras completas
- Dentaduras parciales necesarias para equilibrar una dentadura completa opuesta.
- Stayplates (dentaduras parciales temporarias)
- Realización del borde
- Reparaciones de dentaduras
- Acondicionamiento del tejido

SERVICIOS DE CIRUGÍA BUCAL

- Extracciones
- Alveoplastia
- Extirpación de los torus
- Incisión y drenaje de abscesos
- Frenectomía

SERVICIOS DE ORTODONCIA

- Servicios de ortodoncia para corregir maloclusiones incapacitantes, anomalías craneofaciales y deformidades producidas por fisura palatina.

SERVICIOS ADJUNTIVOS

- Tratamiento paliativo de emergencia
- Anestesia general cuando la anestesia local esté documentada como no efectiva o inapropiada para controlar el dolor.
- Visitas al consultorio

Servicios dentales de emergencia

Los Servicios dentales de emergencia están a su disposición las 24 horas, los 7 días de la semana. Una condición dental de emergencia existe si una "persona no especializada pero

prudente" podría razonablemente considerar que la ausencia de atención dental inmediata podría resultar en un grave peligro o daño a la persona. Si tiene una emergencia dental, llame inmediatamente a su Dentista primario al número telefónico que aparece en el frente de su tarjeta de identificación como miembro. Recibirá instrucciones sobre qué debe hacer. Si se produce una emergencia dental y su Dentista primario no está disponible, puede obtener Servicios dentales de emergencia de un Proveedor dental no participante. Notifique al Departamento de servicios al afiliado de Health Net tan pronto como sea posible. Los Servicios dentales de emergencia sólo son cubiertos por Health Net cuando son proporcionados en los Estados Unidos, Canadá o México. Los Servicios dentales de emergencia brindados por un Proveedor dental no participante son reembolsables sin autorización previa.

Una emergencia dental puede involucrar cualquiera de los siguientes síntomas, solos o combinados:

- infección dental aguda
- sangrado dental excesivo o inusual
- dolor dental fuerte
- dientes fracturados

Una emergencia dental no incluye exámenes de rutina y limpieza dental, empastes permanentes o coronas, tratamiento de conducto, tratamiento completo y cirugía de encías ni aparatos de ortodoncia (frenos).

Necesidad dental y odontología como servicio adecuado

Las cuestiones acerca de la odontología como servicio adecuado o Necesidad dental están sujetas a revisión por parte de Health

Net. Health Net determinará si los servicios son Odontológicamente necesarios o no o si están cubiertos bajo este plan dental.

Segundas opiniones

Una segunda opinión es una opinión dental dada por un dentista que no es el dentista original del paciente. Una segunda opinión asiste en la confirmación del diagnóstico, la Necesidad dental y la adecuación del procedimiento dental. Health Net pagará por una segunda opinión que esté aprobada de acuerdo con esta política sobre segundas opiniones. El afiliado puede solicitar una segunda opinión cuando:

- el afiliado cuestiona la razonabilidad o la necesidad de un procedimiento quirúrgico recomendado.
- las indicaciones clínicas no son claras o son complejas y confusas, un diagnóstico resulta dudoso dado que los resultados de exámenes son contradictorios o que el dentista que le trata no puede diagnosticar la condición y el afiliado solicita un diagnóstico adicional.
- un plan de tratamiento que se está llevando a cabo no mejora la condición dental dentro de un período de tiempo apropiado, considerando el diagnóstico y el plan de tratamiento, y el afiliado solicita una segunda opinión con respecto al diagnóstico o a la continuación del tratamiento.
- El afiliado intentó seguir el plan de tratamiento o consultó con el proveedor inicial sobre preocupaciones serias con respecto al diagnóstico o plan de tratamiento.

Para pedir una segunda opinión, comuníquese con su Dentista primario. Un Proveedor dental participante o un Director

de odontología del plan dental analizará su solicitud de acuerdo con esta política y con las normas reconocidas a nivel nacional. Si su solicitud de una segunda opinión es aprobada, Health Net o su Dentista primario le remitirán a un Proveedor dental participante calificado. El plan dental analiza solicitudes de cobertura para segundas opiniones dentro de las 72 horas de recibida dicha solicitud o en el mismo día para casos urgentes. Los Dentistas primarios generalmente remiten a sus afiliados asignados que están solicitando una segunda opinión a un Proveedor dental participante que ellos conocen dentro de su grupo dental. Si el afiliado solicita una segunda opinión sobre cuidados de especialidad a un Proveedor dental participante que ejerce fuera del grupo dental del Dentista primario del afiliado, dicho afiliado será remitido al Departamento de servicios al afiliado de Health Net, que a su vez transmitirá la solicitud a la administración dental para su revisión. Si se aprueba la cobertura, el afiliado será remitido a un Proveedor dental participante de Health Net, que esté debidamente calificado. La cobertura para segundas opiniones sobre el diagnóstico o la atención del Dentista primario se limita a segundas opiniones proporcionadas por un Proveedor dental participante que ejerce su práctica dentro del grupo dental del Dentista primario del afiliado.

Health Net no pagará por segundas opiniones que no estén previamente autorizadas por este Plan Dental y Health Net sólo autorizará segundas opiniones de Proveedores dentales participantes. Si Health Net requiere una segunda opinión para confirmar una Necesidad dental, pagará por todos los gastos relacionados con la misma.

Continuidad de la atención

En el caso de que su dentista contratado termine su contrato con Health Net por otros motivos que no sean una causa disciplinaria médica, fraude u otra actividad criminal, usted puede ser elegible para continuar recibiendo atención de su dentista después de la terminación de dicho contrato, siempre y cuando el dentista al que se le terminó el contrato esté de acuerdo con los términos y condiciones de su antiguo contrato con Health Net. La atención continua del dentista que ha terminado su contrato puede ser proporcionada durante hasta 90 días o un período más prolongado si es Odontológicamente necesario para condiciones crónicas, graves o agudas o hasta que su atención pueda ser transferida de manera segura a otro proveedor. Esto no se aplica a los dentistas que han terminado voluntariamente su participación en Health Net o a un Grupo dental modelo del personal.

Si está recibiendo atención dental para:

- una condición dental aguda o;
- una condición dental crónica grave;

y su dentista termina el contrato, puede solicitar permiso para continuar recibiendo atención dental del dentista que ha terminado el contrato después de la fecha de terminación, llamando a Health Net. Health Net, en consulta con su dentista que ha terminado el contrato, determinará la mejor forma de administrar su atención continua. Como condición de cobertura, Health Net debe autorizar previamente los servicios para la atención continua. Si tiene alguna pregunta o desea una copia de la Política de continuidad de la atención de Health Net, desea apelar la denegación de una solicitud para continuación de servicios de su dentista que ha terminado el contrato, debe llamar al

Departamento de servicios al afiliado de Health Net.

Salud infantil y prevención de incapacidad (CHDP, por sus siglas en inglés)

La ley de CHDP requiere que a todos los niños que entran en primer grado se les haga un chequeo dentro de los 18 meses anteriores o 90 días posteriores a su entrada en primer grado. Además, las directivas de CHDP establecen que los niños elegibles menores de 21 años de edad sean remitidos a un dentista para garantizar lo siguiente:

- Remitir a todos los niños para una visita anual preventiva de salud dental, que comienza a los tres años de edad, independientemente de si el problema dental es detectado o se sospecha que existe. Los niños menores de tres años deben ser remitidos a un dentista si se encuentra el problema o se sospecha que existe. Los signos tempranos de condiciones tales como la caries producida por el biberón* (BBTD, por sus siglas en inglés) pueden detectarse antes de que se desarrollen problemas más graves, examinando las bocas de los lactantes y de los niños muy pequeños.
- Hacer hincapié en la prevención de enfermedades dentales. A diferencia de algunos problemas de salud, la mayoría de las enfermedades dentales pueden prevenirse.
- Realizar una inspección completa de la boca en cada examen periódico para detectar problemas mucho antes de que se conviertan en condiciones graves que requieren atención más cara y dolorosa de emergencia

- Garantizar el acceso del niño a agua adecuadamente fluorada o a otras fuentes complementarias de flúor. El flúor ayuda a prevenir la caries.
- Brindar orientación preventiva relacionada con la caries producida por el biberón y las lesiones bucales y faciales.

California Children Services

California Children Services (CCS) es un programa estatal administrado por oficinas locales en el condado. El programa trata a los niños menores de 21 años de edad que tienen ciertas limitaciones físicas y enfermedades. El programa es financiado por los contribuyentes de California y ofrece atención médica a los niños cuyas familias no pueden pagar todo o parte de la atención médica. Si un MIEMBRO tiene una condición elegible de CCS, el MIEMBRO necesita solicitar servicios CCS bajo el programa CCS. Los MIEMBROS que pueden ser elegibles para servicios dentales a través del programa CCS incluyen aquellos que han sido aceptados para y están autorizados a recibir servicios de ortodoncia para maloclusiones médicamente incapacitantes según un ortodoncista del panel de CCS, así como otros clientes con condiciones de CCS elegibles como labio leporino y paladar hendido, anomalías congénitas o adquiridas orales y craneofaciales, cardiopatías congénitas complejas, trastorno de epilepsia, deficiencias inmunitarias, parálisis cerebral, hemofilia y otros discrasia de sangre, neoplasias malignas, incluyendo leucemia, artritis reumatoide, nefrosis, fibrosis quística y trasplantes de órganos.

El PLAN seguirá proporcionando todos los servicios cubiertos dentalmente necesarios y servicios de administración de casos para los

miembros referidos a CCS hasta que se establezca la elegibilidad para el programa CCS. Una vez establecida la elegibilidad para el programa CCS para un MIEMBRO, el PLAN seguirá proporcionando cuidado Dental de Atención Primaria y otros servicios dentales cubiertos no relacionados con la condición de CCS elegibles y asegurará la coordinación de servicios entre sus dentistas de atención primaria, los proveedores de la especialidad de CCS y el programa CCS local.

Para más información sobre el programa CCS, por favor comuníquese con su oficina local de CCS al 800-288-4584. Si usted sospecha que tiene una condición CCS, es recomendado que también se comunique con su doctor de atención primaria.

Caries producida por el biberón

La Caries producida por el biberón (BBTD, por sus siglas en inglés) es una enfermedad grave que hace que los dientes primarios que tienen tendencia a la caries se caríen rápidamente. Comienza con la caries de los dientes frontales superiores seguidos por los molares primarios. Esta caries puede producir dolor agudo, pérdida de dientes, infecciones y falta de sueño. La pérdida prematura de los dientes primarios puede conducir a trastornos del habla, problemas nutricionales y de alimentación y posibles problemas de ortodoncia. Generalmente, la BBTD se provoca al colocar al niño en la cama con un biberón que contenga cualquier cosa menos agua, o al dejar que el niño tenga el biberón durante largos periodos de tiempo durante las horas que está despierto. Utilizado de esta forma, el biberón sirve como una clase de chupete. El biberón se vuelve un mecanismo conveniente para

ingerir líquidos que producen caries durante todo el día. Los siguientes puntos ayudan a prevenir la BBTD cuando se los pone en práctica:

- Nunca ponga a un niño en la cama con el biberón y no utilice un accesorio para biberones.
- Alimente al lactante solo mientras le sostiene en brazos. Si el bebé se queda dormido mientras le está alimentando, debe retirar el biberón.
- Los dientes del lactante deben limpiarse con una toallita húmeda o con un cepillo de dientes pequeño después de cada alimentación, especialmente detrás de los dientes frontales superiores, que es el lugar del desarrollo temprano de la caries.
- Amamante a su hijo cuando sea posible.

A los lactantes se les debe empezar a alimentar en taza a los seis meses de edad y se les debe quitar el biberón al año de edad. Utilice alternativas para acostar a su bebé sin el biberón, incluyendo:

- Ofrézcale una manta de seguridad o un osito, cante o ponga música;
- Sostenga o acune a su bebé;
- Frote o palmeo la cabeza y la espalda del bebé;
- Léale o cuéntele una historia;
- Utilice una hamaca para lactantes o;
- Utilice un chupete (no lo sumerja en miel ni en nada dulce).

Exclusiones

Los beneficios bajo este plan dental se limitan a aquellos servicios y suministros cubiertos bajo el Programa dental de Medi-Cal que se describe en el contrato dental de Medi-Cal, de Health Net con el DHCS como responsabilidad financiera de Health Net. En

el caso de que la legislación de California apruebe una ley para eliminar o reducir un servicio que era cubierto por el Programa de Medi-Cal o el DHCS enmiende su Contrato de Medi-Cal con Health Net para eliminar o reducir un servicio que era cubierto por dicho Contrato, los beneficios de este plan dental serán eliminados o reducidos de forma similar a partir de la fecha de entrada en vigor del cambio.

Los servicios que se describen a continuación no están cubiertos bajo este plan dental:

- Servicios brindados fuera del consultorio de su Dentista primario asignado o por un Proveedor dental no participante, excepto por los Servicios dentales de emergencia o según sea autorizado por Health Net.
- Servicios de ortodoncia, excepto en el tratamiento de maloclusiones incapacitantes, anomalías craneofaciales y deformidades producidas por fisura palatina.
- Tratamiento que no sea Odontológicamente necesario, según lo determinado por Health Net.
- Tratamiento de caries incipientes o no activas.
- Procedimientos cosméticos.
- Dentaduras parciales extraíbles, excepto cuando sean Odontológicamente necesarias para equilibrar una dentadura completa opuesta.
- Extracción de dientes asintomáticos, excepto por:
 - Extracciones seriales necesarias para minimizar una maloclusión o una mala alineación.
 - Dientes que interfieren con la construcción de una prótesis dental cubierta.
 - Patología radiográfica perceptible que no obtiene los síntomas.

- Procedimientos experimentales.
- Procedimientos, aparatos y restauraciones que:
 - Aumentan las dimensiones verticales;
 - Restauran una oclusión;
 - Reemplazan la estructura del diente perdida por atrición, abrasión o erosión y;
 - Son para técnicas de implantología.
- Coronas de la pulpa.
- Puentes fijos, excepto cuando sean necesarios para:
 - Obtener empleo.
 - Condiciones médicas que impidan el use de prótesis dentales extraíbles.
- Health Net hará todo lo razonablemente posible para disponer los servicios cubiertos, pero no tiene la responsabilidad de hacerlo, bajo las siguientes circunstancias:
 - Tardanza u omisión en la prestación de servicios debido a un desastre mayor o epidemias que afecten a los centros de salud y al personal.
 - Interrupción de la prestación de servicios debido a guerras, desórdenes civiles, disputas laborales o destrucción de los centros de salud. Bajo dichas circunstancias, se aconseja a los afiliados acceder a los servicios dentales disponibles.
 - Servicios dentales de emergencia y Servicios dentales que no son de emergencia cuando se los provea fuera de Estados Unidos, Canadá o México.
 - Servicios de transporte no médico, como por ejemplo taxis, autobuses y automóviles.

Desafiliación

Si usted desea desafiliarse de este plan dental, puede hacerlo sin causa alguna, llamando a su oficina local de Opciones de cuidado de la salud, al (800) 322-6384.

Usted será desafiliado si:

- Pierde la elegibilidad de Medi-Cal.
- Se muda del área de servicio de Health Net (es decir, condados cubiertos bajo el Contrato dental de Health Net con el DHCS).
- Abuso físico o verbalmente o amenaza al proveedor y / o a su personal, pacientes y empleados, contratistas y afiliados de Health Net.
- Afecta a las operaciones de Health Net.
- Utiliza habitualmente Proveedores dentales no participantes para Servicios dentales que no son de emergencia, sin las autorizaciones necesarias.
- Incurrir en una conducta fraudulenta.

SERVICIOS ESPECIALES PARA INDIOS NORTEAMERICANOS

Los indios norteamericanos tienen el derecho de obtener servicios de atención médica en Centros de Salud para Indios y Clínicas de Salud para Nativos Americanos. Los indios norteamericanos pueden permanecer o cancelar su inscripción del plan GMC comunicándose con Health Care Options (HCO) al (800) 430-4263.

Las directrices son: ser indio norteamericano; un miembro de un hogar de un indio norteamericano o tener aceptación por escrito de un centro de programa de servicio de salud de indios para recibir atención de salud a través de dicho centro.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor comuníquese con Servicios para Miembros al (877) 550-3868.

Elegibilidad y comienzo de la cobertura

El Departamento de servicios sociales de California, determina la elegibilidad para el Programa de Medi-Cal, no Health Net. La fecha de entrada en vigor del primer día de cobertura de un nuevo afiliado bajo este plan dental es determinada por el DHCS. Si usted pierde la elegibilidad de Medi-Cal, no será elegible para recibir los beneficios de atención dental de Health Net hasta que dicha elegibilidad se reestablezca. El Departamento de Servicios sociales de su condado puede responder a sus preguntas acerca de su elegibilidad para Medi-Cal.

MEDI-CAL TRANSICIONAL (TMC)

TMC es para miembros que pierden su elegibilidad para ayuda en efectivo o Medi-Cal debido a un aumento en el ingreso de un nuevo trabajo, matrimonio o un cónyuge regresa a la casa. Los miembros de Medi-Cal que califican para el TMC pueden mantener su cobertura de salud de Medi-Cal por hasta 12 meses y mantener su afiliación con Health Net Dental. Si pierde elegibilidad para Medi-Cal porque tiene más ingresos, debe comunicarse inmediatamente con su trabajador de elegibilidad de Medi-Cal. Para obtener más información acerca del programa de Medi-Cal TMC, comuníquese con el Estado de California al número gratuito 1-800-880-5305 o a su oficina local del Departamento de Salud y Servicios Humanos:

SERVICIOS DE TRANSPORTE

El PLAN brinda transporte que no es de emergencia desde y hacia los consultorios de

los PROVEEDORES para los AFILIADOS que no tienen transporte personal ni acceso a servicios de transporte público. El transporte que ofrece el PLAN está disponible de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. y puede ser solicitado por los AFILIADOS llamando a su PROVEDOR para coordinar el servicio de traslado. Las solicitudes de transporte de los AFILIADOS deberán realizarse no menos de diez (10) días hábiles antes de la cita programada de los AFILIADOS y están sujetas a disponibilidad. Cada consultorio cuenta con Personal de Recepción, que está disponible para ayudar a los AFILIADOS a comunicarse con servicios de taxi o identificar líneas de autobús o tren ligero, así como los horarios de salida del transporte de los AFILIADOS.

Coordinación de beneficios

Se le exigirá que asigne el pago de los beneficios dentales cubiertos bajo otras pólizas de seguro y de otras fuentes, a Health Net.

Responsabilidad civil de terceros

Health Net no hará ningún reclamo por indemnización en lo que respecta al valor de los servicios cubiertos brindados a un afiliado cuando dicha indemnización se haya producido como resultado de una acción que haya involucrado la responsabilidad civil por daños de terceros o el seguro de responsabilidad por accidentes, incluyendo pagos por compensación por accidentes de trabajo o pagos por cobertura de conductor no asegurado. Sin embargo, Health Net notificará al DHCS la existencia de esos casos potenciales y colaborará con el DHCS en hacer valer los derechos del Estado en lo que respecta al reintegro de dichas

indemnizaciones. Los Afiliados están obligados a ayudar a Health Net y al DHCS al respecto.

Responsabilidad por pago

En el caso que Health Net no pague a ningún Proveedor dental participante por servicios cubiertos, usted no será responsable por el dinero adeudado. Esta declaración y / o disposición se volverá inválida cuando los Servicios dentales que no son de emergencia hayan sido obtenidos sin la autorización previa de Health Net. Usted será responsable por el costo del servicio proporcionado por un Proveedor dental no participante si la cobertura para dicha atención requiere la autorización de Health Net y no se obtuvo dicha autorización. Los afiliados no están obligados a pagar co-pagos o deducibles por los servicios cubiertos.

Procedimiento para presentar quejas formales

OPCIONES INTERNAS PARA LA RESOLUCIÓN DE QUEJAS FORMALES

Nosotros, en Health Net, nos preocupamos por usted y su familia y, a pesar de que nos esforzemos para satisfacer las necesidades de nuestros afiliados, puede ocurrir que a veces un problema o una situación le ocasionen una preocupación. Por ejemplo, usted puede presentar una queja formal sobre una denegación de cobertura para un servicio dental solicitado, una denegación de cobertura de una remisión a un dentista para un servicio cubierto, una calidad de la atención, un acceso a la misma o sobre una falta de pago de un reclamo por un servicio dental. Si esto sucede, nosotros queremos saberlo. Lo que sigue es una breve reseña del "Procedimiento para presentar quejas

formales" y de cómo utilizarlo: comuníquese con el Departamento de servicios al afiliado de Health Net, por teléfono, en persona o por escrito para obtener un "Formulario de queja formal". A su pedido, un Representante de servicios al afiliado puede completar el formulario por teléfono. También hay Formularios de quejas formales en el consultorio de su Dentista primario. Si necesita ayuda para completar los formularios, puede comunicarse con el Departamento de servicios al afiliado en múltiples idiomas, llamando al 1-877-550-3868. Los formularios de quejas formales deben ser enviados por correo a: Servicios al afiliado de

Medi-Cal, Health Net,
21271 Burbank Blvd., C-5,
Woodland Hills, CA
91367-6607.

Health Net acusará recibo de su queja formal por oral o por escrito dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción, por parte de Health Net, de la queja formal e incluirá el nombre y el título de una persona de nuestro equipo a quien usted podrá llamar para discutir el caso, si corresponde. Los servicios cubiertos previamente autorizados por el plan dental continuarán mientras se resuelve la queja formal.

Se iniciarán las acciones adecuadas para resolver su queja y nos comunicaremos con usted para darle una respuesta dentro de un plazo de 30 días (o dentro de un plazo de tres días a partir de la recepción de una queja formal que indique que existe una amenaza grave e inmediata para su salud).

Usted tiene derecho a ser representado por un abogado, un amigo u otra persona durante este procedimiento interno de presentación de quejas formales. También puede solicitar copias de documentos del plan que Sean

relevantes a su queja formal. Usted puede solicitar la ayuda de un intérprete.

Los afiliados pueden presentar una queja formal si no se satisfacen sus necesidades lingüísticas.

Si usted cree que no es posible obtener una resolución satisfactoria, puede solicitar su desafiliación del plan dental llamando a la oficina de Opciones de cuidado de la salud.

OPCIONES EXTERNAS PARA LA RESOLUCION DE QUEJAS FORMALES

1. Audiencia imparcial del Departamento de servicios sociales de California.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial de este departamento en cualquier momento (independientemente de que se haya presentado una queja formal) llamando a la Unidad de preguntas y respuestas del público al 1-800-952-5253, TDD 1-800-952-8349 o por escrito:

California Department of Social Services (Departamento de servicios sociales de California)
State Hearing Division
(Departamento de audiencias estatales)
P.O. Box 944243, MS 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Existe un plazo de 90 días a partir de la orden o de la medida por la cuál se presentó la queja, para solicitar una audiencia imparcial. Las audiencias imparciales generalmente se celebran dentro de los 90 días de la solicitud. Sin embargo, se exige que el Estado celebre la audiencia dentro de los tres días hábiles cuando el plan dental o el proveedor del Afiliado indique que tomar el tiempo para una resolución normal relacionada con un servicio de atención de la salud denegado podría dañar seriamente la vida o la salud del

Afiliado o la capacidad de éste para lograr, mantener o recuperar el funcionamiento máximo. Los Afiliados pueden recibir beneficios continuos durante el proceso de audiencia imparcial. Usted tiene derecho a ser representado por un abogado, un amigo u otra persona que actúe en su nombre. La audiencia imparcial puede presentarse independientemente de si la queja ha sido presentada o resuelta, o no, y cuando un servicio de atención de la salud solicitado por un afiliado o un proveedor haya sido denegado, aplazado o modificado.

2. Departamento de Servicios de Cuidado de Salud Administrado de California.

El Departamento de Servicios de Cuidado de Salud Administrado de California es responsable de regular los planes de servicio de cuidado de la salud. Si tiene una queja contra Health Net, usted debería primero llamar a Health Net al **1-877-550-3868** y utilizar el proceso de quejas de Health Net antes de comunicarse con el departamento. Utilizar este proceso de presentación de quejas no prohíbe ningún derecho legal que usted pueda tener o remedios que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja referente a una emergencia, una queja que no haya sido solucionada satisfactoriamente por Health Net o una queja que está sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al departamento para asistencia. Usted también podría ser elegible para una revisión independiente médica (IMR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas hechas por Health Net con relación a la necesidad médica del propuesto servicio o tratamiento, la decisión de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación por naturaleza y disputas de pago por servicios

médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio de Internet del Departamento <http://www.hmohelp.ca.gov> tiene formularios de presentación de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

El proceso de quejas de Health Net y el proceso de revisión de quejas del DMHC son además de cualquier otro procedimiento de resolución de quejas que puede estar disponible para usted y el no utilizar estos procesos no excluye el uso de cualquier otro recurso previsto por la ley.

Disposiciones de reintegro

Si usted tiene algún reclamo sobre reintegro de acuerdo con este plan dental, debe enviar dicho reclamo a Health Net dentro de los seis meses del mes de servicio para que el reclamo sea pagado por este plan dental. Si tiene un reclamo de emergencia, por favor, llame o escriba al Departamento de servicios al afiliado de Health Net. Debe estar preparado para darnos toda la información posible, como por ejemplo el día y la fecha del servicio, el monto de la factura y el nombre y la dirección del proveedor. Si usted esta presentando el reclamo en persona o por escrito, por favor, esto preparado para presentar copias de cualquier factura que haya recibido. Si usted ya ha pagado el reclamo, el monto se le será reintegrado en el caso de tratarse de un reclamo de emergencia aprobado, dentro de los 45 días hábiles a partir del día en que su reclamo fue recibido, a menos que se necesite más información. Si se necesita información adicional, usted recibirá el reintegro dentro de los 45 días a partir de la fecha en la que dicha información

es recibida. Si su reclamo es denegado o parcialmente denegado, se le dará la razón por escrito y se citará la disposición del contrato en base a la cual se tomó la decisión. Usted puede apelar esa decisión presentando una nota por escrito ante Health Net dentro de los seis meses posteriores a la recepción del aviso de denegación. Health Net responderá dentro de los 30 días. Si no está satisfecho con la respuesta a su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial al Departamento de servicios sociales, en cualquier momento, sin tener que pasar por el Procedimiento para la presentación de quejas formales, de Health Net. Puede comunicarse con la Unidad pública de preguntas y respuestas del DHCS, llamando al (800) 952-5253, TDD (800) 952-8349.

Política pública

Health Net cuenta con algunos beneficiarios de Medi-Cal que forman parte de un comité que asesora sobre cuestiones de política pública. A los efectos de este párrafo, "política pública se refiere a las medidas tomadas por Health Net y sus empleados para asegurar la comodidad, la dignidad y la conveniencia de los afiliados que confían en los Centros de salud participantes para que les brinden servicios de atención de la salud. Si un afiliado adulto está interesado en participar como miembro de este comité, debe llamar al Departamento de servicios al afiliado de Health Net y expresar su interés al respecto.

Relación con contratistas independientes

A pesar de que Health Net controle la calidad de la atención proporcionada por los Proveedores dentales participantes, la

relación entre Health Net y los Proveedores dentales participantes es una relación de contratistas independientes. Los Proveedores dentales participantes no son agentes o empleados de Health Net, ni Health Net y sus empleados son agentes o empleados de ningún Proveedor dental participante. Los Proveedores dentales participantes mantienen con usted una relación de proveedor-paciente y son los únicos responsables por todos los servicios que le brindan. De ninguna manera se considerará responsable a Health Net por la negligencia, los actos dolosos o las omisiones de los Proveedores dentales participantes.

Remuneración de los proveedores

Health Net paga a los Proveedores dentales participantes bajo este plan, de distintas formas. Generalmente, Health Net contrata dentistas en base a honorarios por servicios o a lo que se llama base "capitativa". Por ejemplo, un contrato de compensación capitativa es cuando Health Net paga un honorario mensual por afiliado al dentista y el dentista es responsable por la prestación de servicios a los miembros. Si tiene alguna pregunta sobre cómo se paga a un Proveedor dental participante en particular, pregunte al proveedor.

Health Net no usa ninguna compensación que pueda influenciar o incentivar indebidamente a un Proveedor dental participante a no prestar servicios Odontológicamente necesarios. Health Net no tiene ningún contrato con Proveedores dentales participantes que contenga ningún plan de incentivos que incluya pagos específicos al proveedor como para inducirlo a denegar, reducir, limitar o retrasar servicios

Odontológicamente necesarios y apropiados con respecto a un afiliado.

Se exige a los Proveedores dentales participantes que brinden servicios Odontológicamente necesarios y de calidad, de acuerdo con los requerimientos profesionales, legales y contractuales. Health Net y los Proveedores dentales participantes ponen énfasis en los servicios preventivos de atención de la salud y en la utilización de métodos de tratamientos a buen precio.

Definiciones

Las siguientes definiciones pueden ayudarle a entender esta Evidencia de cobertura:

- *Odontológicamente necesario:* los Servicios cubiertos que son necesarios y apropiados para el tratamiento de los dientes, las encías y las estructuras de apoyo del afiliado, de acuerdo con las normas de la práctica profesionalmente reconocidas.
- *Servicios dentales de emergencia:* una condición dental de emergencia existe si una "persona no especializada pero prudente" podría razonablemente considerar que la ausencia de atención dental inmediata podría resultar en un grave peligro o daño a la persona.
- *Experimental:* cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento, centro de salud, equipo, dispositivo, o suministro que no esté reconocido de acuerdo con las normas odontológicas profesionales generalmente aceptadas en la comunidad odontológica general como seguras y efectivas para su uso en el tratamiento de enfermedades, lesiones o condiciones en cuestión; o cualquier servicio o suministro que requiera la aprobación del gobierno federal o de cualquiera de sus agencias o de agencias

del gobierno estatal, con anterioridad a su uso y en caso de que dicha aprobación haya sido otorgada al momento en que se brindan los servicios o suministros; o cualquier servicio o suministro que no esté aprobado o reconocido de acuerdo con las normas odontológicas profesionales generalmente aceptadas pero que de todas formas estén autorizadas por ley o decreto del gobierno o de una agencia gubernamental para su uso en pruebas, ensayos u otros estudios en pacientes humanos.

- *Proveedor dental participante:* es un dentista o centro de salud dental contratado para participar en el plan dental de Medi-Cal, de Health Net, para brindar servicios cubiertos a los afiliados.
- *Dentista primario:* es un Proveedor dental participante que tiene contrato para participar en el plan dental de Medi-Cal, de Health Net para brindar atención dental y primaria a los afiliados, mantener la continuidad de la atención del paciente e iniciar las remisiones para atención dental de especialidades.

Antidiscriminación

Health Net no discrimina en sus prácticas de empleo o en sus arreglos para proveer servicios de atención odontológica en base a la raza, edad, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual o discapacidad física o mental.

Derechos y responsabilidades de los afiliados

SUS DERECHOS:

- Derecho a una respuesta razonable al pedido de servicios, incluyendo evaluaciones y remisiones.
- Derecho a una respuesta oportuna a sus preguntas y reclamos.
- Derecho a estar totalmente informado sobre el procedimiento de presentación de quejas formales de Health Net y sobre cómo utilizarlo sin tener un tratamiento perjudicial por parte de su proveedor dental.
- Derecho a estar informado sobre los beneficios del plan dental que tiene a su disposición, incluyendo explicaciones claras sobre cómo obtener servicios.
- Derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
- Derecho a conversaciones amables sobre las opciones adecuadas de tratamiento que son Odontológicamente necesarias para su condición, independientemente del costo y el beneficio de cobertura.
- Derecho a un trato cortés y considerado.
- Derecho a discutir las directivas previas con sus proveedores dentales.
- Derecho a esperar privacidad y confidencialidad sobre sus problemas dentales y personales. Health Net brinda a los afiliados un Aviso sobre prácticas de privacidad que describe cómo puede ser utilizada y revelada, de acuerdo con este plan, la información dental sobre los afiliados y cómo se puede tener acceso a esta información.
- Derecho a recibir una segunda opinión cuando dicha opinión es considerada Odontológicamente necesaria por su Dentista primario.
- Derecho a recibir información razonable acerca de los riesgos de un tratamiento dado, la duración de la incapacidad y las calificaciones del proveedor de atención antes de prestar consentimiento para cualquier procedimiento.

- Derecho a elegir a un Dentista primario entre los Dentistas primarios contratados por Health Net.
- Derecho a tener acceso a registros médicos personales y, cuando sea legalmente apropiado, a recibir copias de sus registros dentales, enmendarlos o corregirlos.
- Derecho a solicitar al Estado una audiencia imparcial.
- Derecho a desafiliarse sin causa.
- Derecho a recibir servicios de interpretación en su idioma de preferencia para la comunicación entre proveedor y paciente.
- Derecho a que se le lean en su idioma de preferencia aquellos materiales escritos para los que no haya disponible una traducción escrita.
- Derecho a participar en la toma de decisiones relacionadas con su atención dental, incluyendo el derecho a rehusarse al tratamiento.
- Derecho a estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio, de coacción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Derecho a ejercer libremente estos derechos sin afectar adversamente la forma en que son tratados por Health Net, por los Proveedores dentales participantes o por el Estado.
- Derecho a recibir información sobre el plan dental, sus servicios, sus proveedores y los derechos y las responsabilidades de los afiliados.
- Derecho a hacer recomendaciones relacionadas con las políticas de derechos y las responsabilidades de los afiliados, del plan dental.
- Comunicarse con su Dentista primario o con el Departamento de servicios al afiliado de Health Net si tiene preguntas o dudas sobre sus beneficios y servicios.
- Seguir los planes y las instrucciones para la atención que ha acordado con su proveedor (sin embargo, puede rehusarse al tratamiento dental).
- Informar al Departamento de servicios al afiliado sobre cualquier cambio de domicilio y cualquier circunstancia que pueda afectar su elegibilidad o derecho a cobertura.
- Establecer y mantener una relación de Dentista primario-paciente.
- Programar citas o volver a programarlas e informar a su proveedor cuando sea necesario cancelarlas.
- Proporcionar información (al punto que sea posible) que el plan dental y el Proveedor participante necesiten para brindarle atención.

Aviso de prácticas de privacidad

Este aviso describe cómo puede ser utilizada y revelada su información médica y cómo puede tener acceso usted a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Health Net le brinda cobertura dental para el Programa de Medi-Cal. Las leyes estatales y federales nos exigen que protejamos su información de salud. Debemos entregarle este aviso que le informa cómo podemos utilizar y compartir su información y cuáles son sus derechos. Su información es personal y privada.

Recibimos su información de Medi-Cal después de que usted es considerado elegible y se inscribe en nuestro plan de salud. También recibimos información médica de sus médicos, clínicas, laboratorios y

SUS RESPONSABILIDADES:

- Conocer sus beneficios y servicios y saber cómo obtenerlos.

hospitales para pagar por su atención de la salud.

CAMBIOS AL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Tenemos el derecho de cambiar estas prácticas de privacidad. Si hacemos esos cambios, revisaremos este aviso y se lo enviaremos.

CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Su información puede ser utilizada y compartida por Health Net sólo por razones directamente vinculadas con el programa de Medi-Cal. La información que utilizamos y compartimos incluye: su nombre, domicilio, información personal sobre sus circunstancias, atención dental que se le ha proporcionado y su historia clínica. Las acciones que emprendemos cuando actuamos como un plan dental incluyen la verificación de su elegibilidad, su inscripción y la cantidad de ayuda médica aprobada, brindada y pagada por los servicios de Medi-Cal y la investigación o el inicio de procedimientos judiciales para casos de Medi-Cal (como por ejemplo, fraude).

ALGUNOS EJEMPLOS:

- Para el tratamiento: usted puede necesitar tratamiento dental que requiera que aprobemos previamente la atención cubierta por Medi-Cal. Compartiremos información con los dentistas, médicos, los hospitales y otras personas para proporcionarle la atención que usted necesita.
- Para el pago: Health Net revisa, aprueba y paga los reclamos de atención de la salud enviados a nosotros para su atención dental. Cuando hacemos esto, compartimos la información con los dentistas, los médicos, las clínicas y con otras personas que nos envían la cuenta por su atención. Y podemos reenviar las cuentas a otros planes de salud o a otras organizaciones para su pago.
- Para las operaciones de atención de la salud: Podemos utilizar la información en su registro de salud para juzgar la calidad de la atención de salud que usted recibe. También podemos utilizar esta información en programas de auditorías, fraudes y abuso, en la planificación y en la administración general.

Health net no cuenta con copias completas de sus registros dentales. Si desea ver, obtener una copia de o cambiar sus registros dentales, por favor, comuníquese con su dentista.

OTROS USOS PARA SU INFORMACIÓN DE SALUD

También le enviaremos información cuando la ley nos exija o nos permita hacerlo. A veces, un tribunal puede ordenarnos divulgar su información de salud. También lo haremos cuando la ley nos exija hacerlo para las operaciones de Medi-Cal. Dichas operaciones pueden involucrar fraudes o acciones para recuperar dinero de otros, cuando Medi-Cal haya pagado sus reclamos médicos.

Usted o su dentista, médico, hospital u otros proveedores de atención de la salud pueden apelar decisiones tomadas sobre reclamos por la atención de Medi-Cal. Su información de salud puede ser utilizada para tomar estas decisiones de apelación.

CUANDO ES NECESARIO EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Si queremos utilizar su información para cualquier propósito distinto de los descritos anteriormente, debemos obtener su consentimiento por escrito. Si usted nos da su consentimiento, podemos retirarlo, por escrito, en cualquier momento.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD?

- Usted tiene derecho a pedirnos que no utilicemos ni compartamos su información personal de atención de la salud en las formas anteriormente descritas. Es posible que no podamos estar de acuerdo con su pedido.
- Usted tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted solamente por escrito o a una dirección, casilla de correo o número telefónico distinto. Aceptaremos pedidos razonables cuando sea necesario proteger su seguridad.
- Usted y su representante personal tienen derecho a obtener una copia de su información en Medi-Cal. Se le enviará un formulario para completar y es posible que se le cobre cierta cantidad de dinero para cubrir los gastos ocasionados por la copia y el envío de los registros por correo. (Debido a razones aprobadas por la ley, podemos evitar que vea ciertas partes de sus registros).
- Usted tiene derecho a pedir que se cambie la información que se encuentra en sus registros si ésta no es correcta o no está completa. Podemos rechazar su pedido si la información no es creada o guardada por Health Net o si creemos que es correcta y que está completa.
- Si no realizamos los cambios que usted solicita, puede pedir que revisemos

nuestra decisión. También puede enviar una declaración diciendo que usted no está de acuerdo con nuestros registros y dicha declaración será guardada con los mismos.

- Cuando compartamos su información por otras razones que no sean las de tratamiento, pago u operaciones de Health Net, usted tiene derecho a solicitar una lista de las personas con las que compartimos la información, cuándo la compartimos, por qué motivos y qué información compartimos.

¿CÓMO SE COMUNICA CON NOSOTROS PARA HACER VALER SUS DERECHOS?

Si usted desea hacer valer los derechos de privacidad explicados en este aviso, por favor llámenos o escribanos a:

Health Net Privacy Officer
21281 Burbank Boulevard
Woodland Hills, CA 91367
(800) 675-6110
Correo electrónico:
Privacy@healthnet.com

QUEJAS

Si usted cree que no hemos protegido su privacidad y desea presentar una queja, puede hacerlo llamando o escribiendo a:

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
CA Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue
P.O. Box 997413, MS0010
Sacramento, CA 95899-7413

HAGA VALER SUS DERECHOS SIN TEMOR

Si usted elige presentar una queja o hacer valer cualquiera de sus derechos de privacidad descritos en este aviso, Health Net no puede retirarles sus beneficios de atención de la salud ni hacer algo que pueda dañarle en cualquier forma.

PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso y desea obtener más información, por favor comuníquese con nosotros a la Oficina del Funcionario de privacidad (Privacy Officer) de Health Net, en Health Net, a la dirección y número telefónico antes citados.

Servicios Dentales para Adultos Requeridos Federalmente (FRADS)

Estimado miembro,

Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2014, ciertos beneficios dentales para adultos se han restablecido conforme al Proyecto de Ley de la Asamblea 82 (AB 82). Los servicios que se han restablecido se enumeran a continuación y encontrará descripciones completas de estos procedimientos en la Sección 5 “Manual de Criterios y Programa de Asignaciones Máximas” del Manual del Proveedor.

- Exámenes y rayos X
- Limpiezas
- Tratamientos con fluoruro
- Empastes
- Tratamientos de conducto de dientes anteriores (de adelante)
- Coronas prefabricadas
- Dentaduras postizas completas
- Otros servicios dentales médicamente necesarios

Exenciones a Beneficios Dentales Eliminados para Adultos

- Servicios médicos y quirúrgicos proporcionados por un médico de medicina dental o cirugía dental, que, si proporcionados por un médico, se consideraría servicios médicos, y servicios que podrán ser abonados por un médico o un dentista en este estado
- La ley federal requiere la prestación de estos servicios. Los servicios que están permitidos según los Servicios Dentales para Adultos Requeridos Federalmente (FRADS) bajo esta definición han sido enumerados. (Consulte la tabla 1 para obtener una lista de los códigos de procedimiento permitidos).
- Los servicios relacionados con el embarazo y los servicios para el tratamiento de otras afecciones que podrían complicar el embarazo se han expandido. Con vigencia a partir del 1 de octubre de 2014, las beneficiarias embarazadas, independientemente de la edad, el código de ayuda y/o el alcance de los beneficios, serán elegibles para recibir todos los procedimientos dentales enumerados en el Manual de Criterios (por sus siglas en inglés, MOC) de Denti-Cal que estén cubiertos por el Programa Medi-Cal siempre y cuando se cumplan todos los requisitos y criterios del procedimiento establecidos en el MOC.
 - Las beneficiarias también serán elegibles para recibir estos servicios durante 60 días después del parto, incluyendo todos los días restantes del mes en el que cae el día 60.

- Beneficiarios que reciben cuidados a largo plazo en un intermedio cuidado de instalación (ICF) o un centro de enfermería especializada (SNF), tal como se define en la salud y el código de seguridad (código de H & S), la sección de 1250, subdivisiones (c) y (d) y licencia con arreglo a H & S código sección 1250, subdivisión (k). Servicios dentales no tienen que proporcionarse en las instalaciones para ser pagables.
 - Esta excepción sólo se aplica para los beneficiarios que residan en un SNF o ICF como se definió anteriormente. Esto no se aplica a los beneficiarios residentes en instalaciones que se definen en secciones separadas de la salud y el código de salud y seguridad como ICF-Developmentally Disabled (DD), ICF-Developmentally Disabled Habilitative (DEC) o ICF-Developmentally Disabled Nursing (DDN).

Servicio de enfermería especializada (SNF): Un centro de enfermería especializada es un establecimiento de salud o una parte distinta de un hospital que proporciona atención de enfermería especializada continua y atención de apoyo a los pacientes cuya necesidad primaria es para disponibilidad de atención de enfermería especializada a largo plazo. Un centro de enfermería especializada ofrece 24 horas de atención hospitalaria y, como mínimo, incluye médico, enfermería especializada, dietéticas, servicios farmacéuticos y un programa de actividad.

Servicio de cuidado intermedio (ICF, por sus siglas en inglés): Un centro de atención intermedia es un establecimiento de salud, o una parte distinta de un hospital o centro de enfermería especializada que proporciona atención hospitalaria a pacientes que tienen necesidad de supervisión de enfermería especializada y necesitan atención de apoyo, pero que no requieren atención de enfermería continua.

- Servicios Dentales Necesarios para un Servicios Médico Cubierto
 - Los beneficiarios pueden recibir servicios dentales que son necesarios (precedente) con el fin de someterse a un servicio médico cubierto. La mayoría de estos servicios dentales están cubiertos bajo el FRADS enumerados en la tabla 1. Un servicio dental precedente que no está en la lista de FRADS será evaluado y juzgado en una base de caso por caso.

Por favor comuníquese con HEALTH NET Dental Plan si tiene preguntas al (877) 550-3868.

Tabla 1: Servicios Dentales Requeridos Federalmente (FRADS, por sus siglas en inglés)

Los siguientes códigos de procedimiento seguirán siendo reembolsables para beneficiarios de Medi-Cal de 21 años de edad y mayores a partir del 1 de julio de 2009.

*Favor de notar: Los códigos de procedimiento CDT-4 marcados con un asterisco (D0220, D0230, D0250, D0260, D0290, D0310, D0322 y D0330) sólo son pagados para beneficiarios de Medi-Cal de 21 años de edad y mayores que no son exentos cuando el procedimiento es prestado apropiadamente junto con otro FRADS.

Código CDT-4	Descripción del Código CDT-4
D0220*	Radiografías intraoral - periapical primera placa
D0230*	Radiografías intraoral - periapical cada placa adicional
D0250*	Extraoral, primera placa
D0260*	Extraoral, cada placa adicional
D0290*	Placa de encuesta para los huesos faciales/cráneo posterior - anterior o laterales
D0310*	Sialografía
D0320	Artrografía de la coyuntura temporomandibular, incluye la inyección
D0322*	Encuesta tomográfica
D0330*	Radiografía de placas panorámicas
D0502	Procedimiento orales de patológica, por informe
D0999	Procedimiento diagnóstico no especificado, por informe
D2910	Recementación de incrustaciones inlay
D2920	Recementación de corona
D2940	Empaste sedante
D5911	Implante facial (seccional)
D5912	Implante facial (complete)
D5913	Prótesis nasal
D5914	Prótesis auricular
D5915	Prótesis orbital
D5916	Prótesis ocular
D5919	Prótesis facial
D5922	Prótesis nasal septal
D5923	Prótesis ocular, temporal
D5924	Prótesis del cráneo
D5925	Aumentación facial con implante protésico
D5926	Prótesis nasal, reemplazo
D5927	Prótesis auricular, reemplazo

Código CDT-4	Descripción del Código CDT-4
D5928	Prótesis orbital, reemplazo
D5929	Prótesis facial, reemplazo
D5931	Prótesis obturador, quirúrgica
D5932	Prótesis obturador, definitiva
D5933	Prótesis obturador, modificación
D5934	Resección mandibular de prótesis con aleta de dentadura
D5935	Resección mandibular de prótesis sin aleta de dentadura
D5936	Prótesis obturador, temporal
D5937	Dispositivo para el trismo (no para el tratamiento del desorden temporomandibular)
D5953	Prótesis para ayudar el habla, adulto
D5954	Prótesis de aumentación palatal
D5955	Prótesis Bucomaxilofacial, definitiva
D5958	Prótesis Bucomaxilofacial, temporal
D5959	Prótesis Bucomaxilofacial, modificación
D5960	Prótesis para ayudar el habla, modificación
D5982	Stent quirúrgico
D5983	Portador de radiación
D5984	Protección contra la radiación
D5985	Localizador de cono de radiación
D5986	Portador de gel de fluoruro
D5987	Férula comisura
D5988	Férula quirúrgica
D5999	Prótesis máxilofacial no especificada, por informe
D6100	Remover implante, por informe
D6930	Recementación de dentadura parcial fija
D6999	Procedimiento odontológico fijo no especificado, por informe
D7111	Restos de corona, diente temporal

Código CDT-4	Descripción del Código CDT-4
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la eliminación de hueso o sección del diente
D7220	Extracción de diente retenido – Tejido suave
D7230	Extracción de diente retenido – Parcialmente hueso
D7240	Extracción de diente retenido – Todo hueso
D7241	Extracción de diente impactado – completamente en hueso, poco común complicaciones quirúrgico
D7250	Extracción Quirúrgica de Raíz Dental Residual (procedimiento que requiere cortar)
D7260	Cierre Oroantral de Fístula
D7261	Cierre principal de una perforación de seno
D7270	Reimplante Dental y/o Estabilización de Diente/Alvéolo Accidentalmente Extraído o Desplazado
D7285	Biopsia de tejido oral - duro (hueso, diente)
D7286	Biopsia de tejido oral - suave (todos los demás)
D7410	Escisión de lesión benigna lesión hasta 1.25 cm
D7411	Escisión de lesión benigna lesión más de 1.25 cm
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada
D7413	Escisión de lesión maligna hasta 1.25 cm
D7414	Escisión de lesión maligna más de 1.25 cm
D7415	Escisión de lesión maligna, complicada
D7440	Escisión de Tumor Maligno - diámetro de la lesión hasta 1.25 cm
D7441	Escisión Tumor Benigno - diámetro de la lesión más de 1.25 cm
D7450	Extirpación de quiste/tumor benigno odontogénico – diámetro de la lesión hasta 1.25cm

Código CDT-4	Descripción del Código CDT-4
D7451	Extirpación de quiste/tumor benigno odontogénico – diámetro de la lesión más de 1.25cm
D7460	Extirpación de quiste/tumor benigno no-odontogénico – diámetro de la lesión hasta 1.25cm
D7461	Extirpación de quiste/tumor benigno no-odontogénico – diámetro de la lesión más de 1.25cm
D7465	Dstrucción de lesiones por método físico o químico, por informe
D7490	Resección radical de la mandíbula con injerto óseo
D7510	Incisión y drenado de absceso—tejido suave intraoral
D7520	Incisión y drenado de absceso—tejido suave extraoral
D7530	Extracción Cuerpos Extraños piel/tejido o areolar subcutáneo
D7540	Extracción de Reacción Productiva de Cuerpos Extraños sistema músculo esquelético
D7550	Secuestrectomía de Osteomielitis parcial para remover hueso no vital
D7560	Sinusotomía Maxilar para la Extracción de Diente Fragmentado o Cuerpos Extraños
D7610	Maxilla - reducción abierta, dientes inmovilizados, si presentes
D7620	Maxilla - reducción cerrada, dientes inmovilizados, si presentes
D7630	Mandíbula-reducción abierta (dientes inmovilizados, si presentes)
D7640	Mandíbula-reducción cerrada (dientes inmovilizados, si presentes)
D7650	Arco malar o zigomático – reducción abierta
D7660	Arco malar o zigomático – reducción cerrada
D7670	Alvéolo, reducción cerrada puede incluir estabilización de dientes
D7671	Alvéolo, reducción abierta puede incluir estabilización de dientes
D7680	Huesos faciales – reducción complicada con fijamiento y varios intentos quirúrgicos

Código CDT-4	Descripción del Código CDT-4
D7710	Maxilla - reducción abierta
D7720	Maxilla - reducción cerrada
D7730	Mandíbula - reducción abierta
D7740	Mandíbula - reducción cerrada
D7750	Arco malar o zigomático – reducción abierta
D7760	Arco malar o zigomático – reducción cerrada
D7770	Alvéolo, reducción abierta con estabilización de dientes
D7771	Alvéolo, reducción cerrada con estabilización de dientes
D7780	Huesos faciales – reducción complicada con fijamiento y varios intentos quirúrgicos
D7810	Reducción abierta de una dislocación
D7820	Reducción cerrada de una dislocación
D7830	Manipulación bajo anestesia
D7840	Condilectomía
D7850	Discectomía quirúrgica, con o sin implante
D7852	Reparación de disco
D7854	Sinovectomía
D7856	Miotomía
D7858	Reconstrucción de coyuntura
D7860	Artrotomía
D7865	Artroplastia
D7870	Artrocentesis
D7872	Artroscopía - diagnostica, con o sin biopsia
D7873	Artroscopía - quirúrgica: lavado y lisis de adherencias
D7874	Artroscopía - quirúrgica: reposición del disco o estabilización
D7875	Artroscopía - quirúrgica: sinovectomía

Código CDT-4	Descripción del Código CDT-4
D7876	Artroscopía - quirúrgica: desbridamiento
D7877	Artroscopía - quirúrgica: desbridamiento
D7910	Sutura de Lesión Pequeña Reciente hasta 5cm
D7911	Sutura complicada—hasta 5 cm
D7912	Sutura complicada—mayor de 5 cm
D7920	Injerto de piel (identificación del defecto cubierto, lugar y clase de injerto)
D7940	Osteoplastia – para deformidades ortognáticas
D7941	Osteotomía mandibular de rama
D7943	Osteotomía mandibular de rama con injerto óseo; incluye obtener el injerto
D7944	Osteotomía – segmentada o subapical – por sextante o cuadrante
D7945	Osteotomía – cuerpo de la mandíbula
D7946	LeFort I (maxilla - total)
D7947	LeFort I (maxilla - segmentada)
D7948	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión de media cara) – sin injerto óseo
D7949	LeFort II o LeFort III – con injerto óseo
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o de cartílago de los huesos mandibulares o faciales – autógeno o no autógeno, por informe
D7955	Reparación de un defecto tejido máxilofacial suave y duro
D7971	Escisión del gingival del pericoronal
D7980	Sialolitotomía
D7981	Escisión de la glándula salivar, por informe
D7982	Sialodocoplastia
D7983	Sellamiento de Fístula Salivar
D7990	Traqueotomía de emergencia
D7991	Coronoidectomía

Código CDT-4	Descripción del Código CDT-4
D7995	Óseo sintético - mandíbula o huesos faciales, por informe
D7997	Remoción de dispositivo (no por un dentista que puso el dispositivo), incluye remover la barra palatina
D7999	Procedimiento quirúrgico oral no especificado, por informe
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia)– procedimiento menor
D9210	Anestesia local, no junto con procedimientos que requieren operación o cirugía
D9220	Sedación profunda/anestesia general - primeros 30 minutos
D9221	Sedación profunda/anestesia general – cada 15 minutos adicionales
D9230	Analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso
D9241	Sedación consciente intravenoso/analgesia – primeros 30 minutos
D9242	Sedación consciente intravenoso/analgesia – cada 15 minutos adicionales
D9248	Sedación consciente no intravenosa
D9410	Consulta a un hogar/centro de atención a largo plazo
D9420	Consulta al hospital
D9430	Visita al consultorio para observación (durante las horas programadas habituales) – ningún otro servicio prestado
D9440	Visita al consultorio – después de las horas programadas habituales
D9610	Inyección de medicamento terapéutico, por informe
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizador
D9930	Tratamiento de complicaciones (después de una cirugía) – circunstancias no usuales, por informe
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe

Tabla 2: Códigos de Procedimientos Permitidos para Embarazadas

Código de CDT	Descripción	Frecuencia
Servicios de Diagnóstico		
D0120	Examen Bucal Periódico	1 cada 6 meses
D0145	Evaluación Bucal, Menores de 3 Años	
D0150	Evaluación Bucal Integral	
D0180	Evaluación Periodontal Integral	
D0140	Evaluación Bucal Limitada	
D0160	Evaluación Bucal, Basada en un Problema	
D0170	Nueva Evaluación, Limitada, Basada en un Problema	
D0210	Intrabucal, Serie Completa de Imágenes Radiográficas	1 cada 36 meses
D0330	Imagen Radiográfica Panorámica	
D0220	Intrabucal, Periapical, Primera Imagen Radiográfica	
D0230	Intrabucal, Periapical, Cada Imagen Radiográfica Adicional	
D0240	Intrabucal, Imagen Radiográfica Oclusal	2 cada 6 meses
D0250	Extrabucal, Primera Imagen Radiográfica	1 por cada fecha del servicio
D0260	Extrabucal, Cada Imagen Radiográfica Adicional	4 por cada fecha del servicio
D0270	Rayos X de Aleta de Mordida (<i>Bitewing</i>), Una Sola Imagen Radiográfica	1 por cada fecha del servicio
D0272	Rayos X de Aleta de Mordida (<i>Bitewing</i>), 2 Imágenes Radiográficas	1 serie cada 6 meses
D0274	Rayos X de Aleta de Mordida (<i>Bitewing</i>), 4 Imágenes Radiográficas	
D0290	Posterior-Anterior o Lateral, Radiografía del Cráneo y los Huesos Faciales	3 por cada fecha del servicio
D0320	Artrografía de la Articulación Temporomandibular (TMJ), Incluyendo Inyección	
D0310	Sialografía	
D0322	Examen Tomográfico	2 cada 12 meses
D0340	Imagen Cefalométrica	2 cada 12 meses
D0350	Imágenes Fotográficas Bucales/Faciales	4 por cada fecha del servicio
D0460	Pruebas de Vitalidad de la Pulpa	
D0470	Moldes de Diagnóstico	sólo un Beneficio con Servicios de Ortodoncia cubiertos
D0502	Otros Procedimientos para Patologías Orales, Por Informe	

D0999	Procedimiento de Diagnóstico No Especificado, Por Informe	
Servicios Preventivos		
D1110	Profilaxis, Adulto	1 cada 6 meses
D1120	Profilaxis, Niño	
D1203	Aplicación Tópica de Fluoruro, Niño	1 cada 6 meses
D1204	Aplicación Tópica de Fluoruro, Adulto	
D1206	Aplicación Tópica de Barniz de Fluoruro	
D1310	Orientación Nutricional para el Control de Enfermedades Dentales	
D1320	Orientación sobre el Tabaco, Control/Prevención de Enfermedades Bucales	
D1330	Instrucciones de Higiene Bucal	
D1351	Sellador, Por Diente	1 por diente cada 36 meses, 1.º y 2.º molares únicamente
D1352	Restauración Preventiva de Resina, Diente Permanente	
D1510	Separador, Fijo, Unilateral	1 por cuadrante/arco cada 12 meses, menores de 18 años
D1515	Separador, Fijo, Bilateral	
D1520	Separador, Extraíble, Unilateral	
D1525	Separador, Extraíble, Bilateral	
D1550	Recementación del Separador	1 por cuadrante/arco cada 12 meses, menores de 18 años
D1555	Extracción de Separador Fijo	
Servicios de Restauración		
D2140	Amalgama, 1 Superficie, Primario o Permanente	Primario: 1 por superficie por diente cada 12 meses Permanente: 1 por superficie por diente cada 36 meses
D2150	Amalgama, 2 Superficies, Primario o Permanente	
D2160	Amalgama, 3 Superficies, Primario o Permanente	
D2161	Amalgama, 4 Superficies o Más, Primario o Permanente	
D2330	Compuesto a Base de Resina, 1 Superficie, Anterior	
D2331	Compuesto a Base de Resina, 2 Superficies, Anterior	
D2332	Compuesto a Base de Resina, 3 Superficies, Anterior	
Servicios de Restauración (Continuación)		
D2335	Compuesto a Base de Resina, 4 Superficies o Más/Ángulo Incisivo	Primario: 1 por superficie por diente cada 12 meses Permanente: 1 por superficie por diente cada 36 meses
D2391	Compuesto a Base de Resina, 1 Superficie, Posterior	
D2392	Compuesto a Base de Resina, 2 Superficies, Posterior	
D2393	Compuesto a Base de Resina, 3 Superficies, Posterior	
D2394	Compuesto a Base de Resina, 4 Superficies o Más, Posterior	

D2390	Corona con Compuesto a Base de Resina, Anterior	Primario: 1 por diente cada 12 meses Permanente: 1 por diente cada 36 meses
D2710	Corona, Compuesto a Base de Resina (Indirecto)	1 por diente por cada período de 5 años, 13 años de edad o más
D2712	Corona, 3/4 de Compuesto a Base de Resina (Indirecto)	
D2721	Corona, Resina con Metal Predominantemente Básico	
D2740	Corona, Substrato de Porcelana/Cerámica	
D2750	Corona, Porcelana Fundida sobre Metal Muy Noble	
D2751	Corona, Porcelana Fundida sobre Metal Predominantemente Básico	
D2752	Corona, Porcelana Fundida sobre Metal Noble	
D2780	Corona, ¾ de Metal Muy Noble Moldeado	
D2781	Corona, ¾ de Metal Predominantemente Básico Moldeado	
D2782	Corona, ¾ de Metal Noble Moldeado	
D2783	Corona, ¾ de Porcelana/Cerámica	
D2790	Corona, Totalmente de Metal Muy Noble Moldeado	
D2791	Corona, Totalmente de Metal Predominantemente Básico Moldeado	
D2792	Corona, Totalmente de Metal Noble Moldeado	
D2794	Corona, Titanio	
D2799	Corona Provisoria	
D2910	Recementación de Incrustación, Recubrimiento, Restauración de Cobertura Parcial	1 por diente cada 12 meses
D2915	Recementación de Espiga y Muñón Moldeados o Prefabricados	
D2920	Recementación de Corona	
D2930	Corona de Acero Inoxidable Prefabricada, Diente Primario	Primario: 1 por diente cada 12 meses Permanente: 1 por diente cada 36 meses
D2931	Corona de Acero Inoxidable Prefabricada, Diente Permanente	
D2932	Corona de Resina Prefabricada	
D2933	Corona de Acero Inoxidable Prefabricada, Ventana de Resina	
D2934	Corona de Acero Inoxidable Prefabricada con Revestimiento Estético, Diente Primario	
D2940	Restauración Protectora (Temporal)	1 por diente cada 6 meses
D2950	Reconstrucción del Muñón, Incluyendo Pernos	
D2951	Retención de Perno, Por Diente, Además de la Restauración	
D2952	Espiga y Muñón, Además de la Corona, Fabricados Indirectamente	

D2953	Cada Espiga Adicional Fabricada Indirectamente, Mismo Diente	
D2954	Espiga y Muñón Prefabricados, Además de la Corona	
D2955	Extracción de la Espiga	
D2957	Cada Espiga Adicional Prefabricada, Mismo Diente	
D2970	Corona Temporal (Diente Fracturado)	
D2971	Procedimiento Adicional/Nueva Corona, Dentadura Postiza Parcial Existente	
D2980	Reparación de la Corona, Falla del Material de Restauración	
D2999	Procedimiento de Restauración No Especificado, Por Informe	
Servicios de Endodoncia		
D3110	Protección de la Pulpa, Directa (Excluyendo la Restauración Final)	
D3120	Protección de la Pulpa, Indirecta (Excluyendo la Restauración Final)	
D3220	Pulpotomía Terapéutica (Excluyendo la Restauración Final)	1 por diente de por vida
D3221	Desbridamiento de la Pulpa, Dientes Primarios y Permanentes	
D3222	Pulpotomía Parcial Para Apexogénesis, diente permanente	
D3230	Terapia Pulpar (Empaste Reabsorbible), Anterior, Primario	1 por diente de por vida
D3240	Terapia Pulpar (Empaste Reabsorbible), Posterior, Primario	
D3310	Anterior (Excluyendo la Restauración Final)	1 por diente de por vida
D3320	Bicúspide (Excluyendo la Restauración Final)	
D3330	Molar (Excluyendo la Restauración Final)	
Servicios de Endodoncia (Continuación)		
D3331	Tratamiento de Obstrucción de Conducto; Acceso No Quirúrgico	
D3332	Terapia de Endodoncia Incompleta, Diente Inoperable	
D3333	Reparación Interna de la Raíz por Defectos de Perforación	
D3346	Repetición de un Tratamiento de Conducto Previo: Anterior	
D3347	Repetición de un Tratamiento de Conducto Previo: Bicúspide	
D3348	Repetición de un Tratamiento de Conducto Previo: Molar	
D3351	Apexificación/Recalcificación/Regeneración de la Pulpa: Consulta Inicial	1 por diente de por vida
D3352	Apexificación/Recalcificación/Regeneración de la Pulpa: Medicamento Provisorio	1 por diente de por vida
D3410	Apicoectomía/Cirugía Perirradicular: Anterior	
D3421	Apicoectomía/Cirugía Perirradicular: Bicúspide	
D3425	Apicoectomía/Cirugía Perirradicular: Molar	

D3426	Apicoectomía/Cirugía Perirradicular: Cada Raíz Adicional	
D3430	Empaste Retrógrado: Por Raíz	
D3910	Procedimiento Quirúrgico para Aislar el Diente con Dique de Caucho	
D3999	Procedimiento de Endodoncia No Especificado, Por Informe	
Servicios de Periodoncia		
D4210	Gingivectomía/Gingivoplastia, 4 Dientes o Más Por Cuadrante	1 por zona/cuadrante cada 36 meses, 13 años o más
D4211	Gingivectomía/Gingivoplastia, 1 a 3 Dientes Por Cuadrante	
D4249	Alargamiento Clínico de la Corona, Tejido Duro	
D4260	Cirugía Ósea, 4 Dientes o Más Por Cuadrante	
D4261	Cirugía Ósea, 1 a 3 Dientes Por Cuadrante	
D4265	Materiales Biológicos para Ayudar en la Regeneración del Tejido	
D4341	Eliminación del Sarro y Alisado Radicular Periodontal, 4 Dientes o Más/Cuadrante	1 por zona/cuadrante cada 24 meses, 13 años o más
D4342	Eliminación del Sarro y Alisado Radicular Periodontal, 1 a 3 Dientes/Cuadrante	
D4355	Desbridamiento de Boca Completa	
D4381	Administración Localizada de Agente Antimicrobiano/Por Diente	
D4910	Mantenimiento Periodontal	1 cada 12 meses, 13 años o más
D4920	Cambio de Vendaje No Programado/Dentista No Tratante	13 años o más
D4999	Procedimiento Periodontal No Especificado, Por Informe	
Servicios de Prostodoncia Extraíble		
D5110	Dentadura Postiza Completa, Maxilar	1 por arco por período de 5 años
D5120	Dentadura Postiza Completa, Mandibular	
D5130	Dentadura Postiza Inmediata, Maxilar	
D5140	Dentadura Postiza Inmediata, Mandibular	
D5211	Dentadura Postiza Maxilar Parcial, con Base de Resina	
D5212	Dentadura Postiza Mandibular Parcial, con Base de Resina	
D5213	Dentadura Postiza Maxilar Parcial, con Base de Resina/Metal Moldeado	
D5214	Dentadura Postiza Mandibular Parcial, con Base de Resina/Metal Moldeado	
D5410	Ajuste de la Dentadura Postiza Completa, Maxilar	2 por arco cada 12 meses
D5411	Ajuste de la Dentadura Postiza Completa, Mandibular	
D5421	Ajuste de la Dentadura Postiza Parcial, Maxilar	
D5422	Ajuste de la Dentadura Postiza Parcial, Mandibular	
D5510	Reparación de la Base Rota de la Dentadura Postiza Completa	2 por arco cada 12 meses
D5520	Reemplazo de un Diente Faltante/Roto, Dentadura Postiza Completa	8 por arco cada 12 meses

D5610	Reparación de la Base de Resina de la Dentadura Postiza	2 por arco cada 12 meses
D5620	Reparación del Armazón Moldeado	
D5630	Reparación o Reemplazo de Ganchos Rotos	2 por arco cada 12 meses
D5640	Reemplazo de Dientes Rotos, por Diente	2 por arco cada 12 meses
D5650	Agregado de un Diente a una Dentadura Postiza Parcial Existente	1 por diente por período de 5 años
D5660	Agregado de un Gancho a una Dentadura Postiza Parcial Existente	1 por diente por período de 5 años
D5730	Rellenado de una Dentadura Postiza Maxilar Completa, en el Consultorio	1 por arco cada 12 meses
D5731	Rellenado de una Dentadura Postiza Mandibular Completa, en el Consultorio	
D5740	Rellenado de una Dentadura Postiza Maxilar Parcial, en el Consultorio	
Servicios de Prostodoncia Extraíble (Continuación)		
D5741	Rellenado de una Dentadura Postiza Mandibular Parcial, en el Consultorio	1 por arco cada 12 meses
D5750	Rellenado de una Dentadura Postiza Maxilar Completa, en el Laboratorio	
D5751	Rellenado de una Dentadura Postiza Mandibular Completa, en el Laboratorio	
D5760	Rellenado de una Dentadura Postiza Maxilar Parcial, en el Laboratorio	
D5761	Rellenado de una Dentadura Postiza Mandibular Parcial, en el Laboratorio	
D5850	Acondicionamiento del Tejido, Maxilar	2 por arco cada 36 meses
D5851	Acondicionamiento del Tejido, Mandibular	
D5860	Dentadura Postiza Sobrepuesta, Completa, Por Informe	1 por período de 5 años
D5862	Aditamento de Precisión, Por Informe	
D5899	Procedimiento de Prostodoncia Extraíble No Especificado, Por Informe	
Servicios de Prótesis Maxilofaciales		
D5911	Molde Facial (Sección)	
D5912	Molde Facial (Completo)	
D5913	Prótesis Nasal	
D5914	Prótesis Auricular	
D5915	Prótesis Orbital	
D5916	Prótesis Ocular	
D5919	Prótesis Facial	
D5922	Prótesis de Tabique Nasal	
D5923	Prótesis Ocular, Provisoria	
D5924	Prótesis Craneal	

D5925	Prótesis para Implante de Aumento Facial	
D5926	Prótesis Nasal, Reemplazo	
D5927	Prótesis Auricular, Reemplazo	
D5928	Prótesis Orbital, Reemplazo	
D5929	Prótesis Facial, Reemplazo	
D5931	Prótesis de Obturación, Quirúrgica	
D5932	Prótesis de Obturación, Definitiva	
D5933	Prótesis de Obturación, Modificación	2 cada 12 meses
D5934	Prótesis para Resección Mandibular con Brida Guía	
D5935	Prótesis para Resección Mandibular sin Brida Guía	
D5936	Prótesis de Obturación, Provisoria	
D5937	Aparato para Trismo (No para el Tratamiento de Trastornos de la TMJ)	
D5951	Prótesis de Ayuda con la Alimentación	menores de 18 años
D5952	Prótesis de Ayuda del Habla, Pediátrica	
D5953	Prótesis de Ayuda del Habla, Adultos	18 años o más
D5954	Prótesis para Aumento de Paladar	
D5955	Prótesis de Elevación de Paladar, Definitiva	
D5958	Prótesis de Elevación de Paladar, Provisoria	
D5959	Prótesis de Elevación de Paladar, Modificación	2 cada 12 meses
D5960	Prótesis de Ayuda del Habla, Modificación	2 cada 12 meses
D5982	Estent Quirúrgico	
D5983	Portador de Radiación	
D5984	Protector de Radiación	
D5985	Localizador del Cono de Radiación	
D5986	Portador de Gel de Fluoruro	
D5987	Férula para Comisura	
D5988	Férula Quirúrgica	
D5991	Portador de Medicamentos Tópicos	
D5999	Prótesis Maxilofacial No Especificada, Por Informe	
Servicios de Implante		
D6010	Colocación Quirúrgica del Cuerpo del Implante, Endosteal	Sólo un Beneficio del Plan cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales Se Requiere Autorización Previa
D6040	Colocación Quirúrgica: Implante Eposteal	
D6050	Colocación Quirúrgica: Implante Transosteal	
D6053	Dentadura Postiza Extraíble con Apoyo en Implante/Soporte, Arco Completo	
D6054	Dentadura Postiza Extraíble con Apoyo en Implante/Soporte, Arco Parcial	
D6055	Barra de Conexión, con Apoyo en Implante o Soporte	
D6056	Soporte Prefabricado, Incluye Modificación y Colocación	
D6057	Soporte Fabricado a la Medida, Incluye Colocación	
D6058	Corona de Porcelana/Cerámica con Apoyo en Soporte	
D6059	Corona de Porcelana/Metal Muy Noble con Apoyo en	

	Soporte
D6060	Corona de Porcelana/Metal Básico con Apoyo en Soporte
D6061	Corona de Porcelana/Metal Noble con Apoyo en Soporte
D6062	Corona de Metal Moldeado con Apoyo en Soporte, Metal Muy Noble
D6063	Corona de Metal Moldeado con Apoyo en Soporte, Metal Básico
D6064	Corona de Metal Moldeado con Apoyo en Soporte, Metal Noble
D6065	Corona de Porcelana/Cerámica con Apoyo en Implante
D6066	Corona de Porcelana/Metal con Apoyo en Implante
D6067	Corona de Metal con Apoyo en Implante
D6068	Retenedor con Apoyo en Soporte, Dentadura Postiza Parcial Fija de Porcelana/Cerámica
D6069	Retenedor con Apoyo en Soporte, Dentadura Postiza Parcial Fija de Metal, Muy Noble
D6070	Retenedor con Apoyo en Soporte, Dentadura Postiza Parcial Fija de Porcelana/Metal, Básico
D6071	Retenedor con Apoyo en Soporte, Dentadura Postiza Parcial Fija de Porcelana/Metal, Noble
D6072	Retenedor con Apoyo en Soporte, Dentadura Postiza Parcial Fija de Metal Moldeado, Muy Noble
D6073	Retenedor con Apoyo en Soporte, Dentadura Postiza Parcial Fija de Metal Moldeado, Básico
D6074	Retenedor con Apoyo en Soporte, Dentadura Postiza Parcial Fija de Metal Moldeado, Noble
D6075	Retenedor con Apoyo en Implante para Dentadura Postiza Parcial Fija de Cerámica
D6076	Retenedor con Apoyo en Implante para Dentadura Postiza Parcial Fija de Porcelana/Metal
D6077	Retenedor con Apoyo en Implante para Dentadura Postiza Parcial Fija de Metal Moldeado
D6078	Dentadura Postiza Completa Fija con Apoyo en Implante/Soporte, Arco Desdentado
D6079	Dentadura Postiza Parcial Fija con Apoyo en Implante/Soporte, Arco Desdentado
D6080	Procedimientos de Mantenimiento de Implantes
D6090	Reparación de Prótesis con Apoyo en Implante, Por Informe
D6091	Reemplazo de Aditamento de Precisión o Semiprecisión del Implante
D6092	Recementación de Corona con Apoyo en Implante/Soporte
D6093	Recementación de Dentadura Postiza Parcial Fija con Apoyo en Implante/Soporte
D6094	Corona con Apoyo en Soporte

D6095	Reparación de Soporte de Implante, Por Informe	
D6100	Extirpación de Implante, Por Informe	
D6190	Índice Radiográfico/Quirúrgico del Implante, Por Informe	
D6194	Corona de Retención con Apoyo en Soporte para Dentadura Postiza Parcial Fija, Titanio	
D6199	Procedimiento de Implante No Especificado, Por Informe	
Servicios de Prostodoncia Fija		
D6211	Póntico, Metal Predominantemente Básico Moldeado	1 por diente por cada período de 5 años, 13 años de edad o más
D6241	Póntico, Porcelana Fundida Sobre Metal Predominantemente Básico	
D6245	Póntico, Porcelana/Cerámica	
D6251	Póntico, Resina con Metal Predominantemente Básico	
D6721	Corona, Resina con Metal Predominantemente Básico	
D6740	Corona, Porcelana/Cerámica	
D6751	Corona, Porcelana Fundida Sobre Metal Predominantemente Básico	
D6781	Corona, ¾ de Metal Predominantemente Básico Moldeado	
D6783	Corona, ¾ de Porcelana/Cerámica	
D6791	Corona, Totalmente de Metal Predominantemente Básico Moldeado	
D6930	Recementación de la Dentadura Postiza Parcial Fija	1 por zona cada 12 meses
Servicios de Prostodoncia Fija (Continuación)		
D6970	Espiga y Muñón, Dentadura Postiza Parcial Fija, Fabricados Indirectamente	
D6972	Espiga y Muñón Prefabricados, Dentadura Postiza Parcial Fija	
D6973	Reconstrucción del Muñón para el Retenedor, Incluyendo Pernos	
D6976	Cada Espiga Adicional Fabricada Indirectamente, Mismo Diente	
D6977	Cada Espiga Adicional Prefabricada, Mismo Diente	
D6980	Reparación de Dentadura Postiza Parcial Fija, Falla del Material de Restauración	
D6999	Procedimiento de Prostodoncia Fija No Especificado, Por Informe	
Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial		
D7111	Extracción, Remanentes Coronales, Diente Caduco	
D7140	Extracción, Diente Erupcionado o Raíz Expuesta	
D7210	Extracción Quirúrgica de Diente Erupcionado	
D7220	Extracción de Diente Impactado, Tejido Blando	
D7230	Extracción de Diente Impactado, Parcialmente Óseo	
D7240	Extracción de Diente Impactado, Completamente Óseo	
D7241	Extracción de Diente Impactado, Completamente Óseo,	

	Complicación	
D7250	Extracción Quirúrgica de Raíces de Piezas Dentales Residuales, Procedimiento de Corte	
D7260	Cierre de Fístula Oroantral	
D7261	Cierre Primario de Perforación Sinusal	
D7270	Reimplante/Estabilización de un Diente, Accidente	1 por arco de por vida, para dientes anteriores permanentes únicamente
D7280	Acceso Quirúrgico de un Diente No Erupcionado	
D7283	Colocación de un Dispositivo para Facilitar la Erupción de un Diente Impactado	
D7285	Biopsia de Tejido Bucal, Duro (Hueso, Diente)	1 por arco por cada fecha del servicio
D7286	Biopsia de Tejido Bucal, Blando	3 por cada fecha del servicio
D7290	Reposicionamiento Quirúrgico de los Dientes	1 por arco de por vida, para tratamiento de ortodoncia activo únicamente
D7291	Fibrotomía Transeptal/Supracrestal, Por Informe	
D7310	Alveoloplastia con Extracciones, 4 Dientes o Más, Cuadrante	
D7311	Alveoloplastia con Extracciones, 1 a 3 Dientes, Cuadrante	
D7320	Alveoloplastia sin Extracciones, 4 Dientes o Más, Cuadrante	
D7321	Alveoloplastia sin Extracciones, 1 a 3 Dientes, Cuadrante	
D7340	Vestibuloplastia, Extensión del Borde (Epitelialización Secundaria)	1 por arco por período de 5 años
D7350	Vestibuloplastia, Extensión del Borde	1 por arco de por vida
D7410	Extirpación de Lesión Benigna de Hasta 1.25 cm	
D7411	Extirpación de Lesión Benigna de Más de 1.25 cm	
D7412	Extirpación de Lesión Benigna, Complicada	
D7413	Extirpación de Lesión Maligna de Hasta 1.25 cm	
D7414	Extirpación de Lesión Maligna de Más de 1.25 cm	
D7415	Extirpación de Lesión Maligna, Complicada	
D7440	Extirpación de Tumor Maligno, Hasta 1.25 cm	
D7441	Extirpación de Tumor Maligno, Más de 1.25 cm	
D7450	Extirpación de Quiste/Tumor Odontogénico Benigno, Hasta 1.25 cm	
D7451	Extirpación de Quiste/Tumor Odontogénico Benigno, Más de 1.25 cm	
D7460	Extirpación de Quiste/Tumor No Odontogénico Benigno,	

	Hasta 1.25 cm	
D7461	Extirpación de Quiste/Tumor No Odontogénico Benigno, Más de 1.25 cm	
D7465	Destrucción de Lesión/Lesiones Mediante un Método Físico o Químico, Por Informe	
D7471	Extirpación de Exóstosis Lateral, Maxilar o Mandibular	
D7472	Extirpación de Torus Palatinus	
D7473	Extirpación de Torus Mandibularis	
D7485	Reducción Quirúrgica de Tuberosidad Ósea	
D7490	Resección Radical Maxilar o Mandibular	
D7510	Incisión y Drenaje de Absceso, Tejido Blando Intrabucal	
D7511	Incisión y Drenaje de Absceso, Tejido Blando Intrabucal, Complicado	
D7520	Incisión y Drenaje, Absceso, Tejido Blando Extrabucal	
Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial (Continuación)		
D7521	Incisión y Drenaje, Absceso, Tejido Blando Extrabucal, Complicado	
D7530	Extirpación de Cuerpo extraño, Mucosa, Piel, Tejido	
D7540	Eliminación de Reacción que Produce Cuerpos extraños, Sistema Musculoesquelético	
D7550	Ostectomía Parcial/Secuestrectomía para la Extirpación de Hueso No Vital	
D7560	Sinusotomía Maxilar, Extracción de Diente Frag./Cuerpo Extraño	
D7610	Maxilar, Reducción Abierta	
D7620	Maxilar, Reducción Cerrada	
D7630	Mandíbula, Reducción Abierta	
D7640	Mandíbula, Reducción Cerrada	
D7650	Arco Malar y/o Cigomático, Reducción Abierta	
D7660	Arco Malar y/o Cigomático, Reducción Cerrada	
D7670	Alvéolo, Reducción Cerrada, Incluye la Estabilización de los Dientes	
D7671	Alvéolo, Reducción Abierta, Incluye la Estabilización de los Dientes	
D7680	Huesos Faciales, Reducción Complicada C/ Fijación	
D7710	Maxilar, Reducción Abierta	
D7720	Maxilar, Reducción Cerrada	
D7730	Mandíbula, Reducción Abierta	
D7740	Mandíbula, Reducción Cerrada	
D7750	Arco Malar y/o Cigomático, Reducción Abierta	
D7760	Arco Malar y/o Cigomático, Reducción Cerrada	
D7770	Alvéolo, Reducción Abierta, Incluye la Estabilización de los Dientes	
D7771	Alvéolo, Reducción Cerrada, Incluye la Estabilización de los Dientes	

D7780	Huesos Faciales, Reducción Complicada c/ Fijación	
D7810	Reducción Abierta de Dislocación	
D7820	Reducción Cerrada de Dislocación	
D7830	Manipulación Bajo Anestesia	
D7840	Condilectomía	
D7850	Discectomía Quirúrgica, con/sin Implante	
D7852	Reparación del Disco	
D7854	Sinovectomía	
D7856	Miotomía	
D7858	Reconstrucción de Articulaciones	
D7860	Artrotomía	
D7865	Artroplastia	
D7870	Artrocentesis	
D7871	Lisis y Lavado No Artroscópico	
D7872	Artroscopía, Diagnóstico, con o sin Biopsia	
D7873	Artroscopía, Quirúrgica: Lavado y Lisis de Adhesiones	
D7874	Artroscopía, Quirúrgica: Reposicionamiento y Estabilización del Disco	
D7875	Artroscopía, Quirúrgica: Sinovectomía	
D7876	Artroscopía, Quirúrgica: Discectomía	
D7877	Artroscopía, Quirúrgica: Desbridamiento	
D7880	Aparato Ortótico Oclusal, Por Informe	
D7899	Tratamiento de Trastornos de la TMJ No Especificado, Por Informe	
D7910	Sutura de Heridas Recientes Pequeñas de Hasta 5 cm	
D7911	Sutura Complicada: Hasta 5 cm	
D7912	Sutura Complicada: Más de 5 cm	
D7920	Injerto de Piel	
D7940	Osteoplastia: para Deformidades Ortognáticas	
D7941	Osteotomía: Rama Mandibular	
D7943	Osteotomía: Rama Mandibular con Injerto Óseo	
D7944	Osteotomía: Segmentada o Subapical	
D7945	Osteotomía: Cuerpo Mandibular	
Servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial (Continuación)		
D7946	Lefort I (Maxilar - total)	
D7947	Lefort I (Maxilar - Segmentado)	
D7948	Lefort II o Lefort III sin Injerto Óseo	
D7949	Lefort II o Lefort III, con Injerto Óseo	
D7950	Injerto Óseo, Osteoperióstico o de Cartílago, Por Informe	
D7951	Aumento de los Senos Nasales c/ Hueso, Sustitutos del Hueso	
D7955	Reparación de un Defecto del Tejido Maxilofacial Blando y/o Duro	

D7960	Frenulectomía (Frenectomía o Frenotomía), Procedimiento Separado	
D7963	Frenuloplastia	1 por arco por cada fecha del servicio
D7970	Extirpación de Tejido Hiperplásico, Por Arco	
D7971	Extirpación de Encía Pericoronaria	
D7972	Reducción Quirúrgica de Tuberosidad Fibrosa	
D7980	Sialolitotomía	
D7981	Extirpación de Glándula Salival, Por Informe	
D7982	Sialodocoplastia	
D7983	Cierre de Fístula Salival	
D7990	Traqueotomía de Emergencia	
D7991	Coronoidectomía	
D7995	Injerto Sintético: Huesos Mandibulares o Faciales, Por Informe	
D7997	Extracción de Aparatos (No Por el Dentista Que los Colocó), Incluye la Extracción de la Barra del Arco	1 por arco por cada fecha del servicio
D7999	Procedimiento de Cirugía Oral No Especificado, Por Informe	
Servicios de Ortodoncia		
D8080	Tratamiento Integral de Ortodoncia para la Dentición de Adolescentes	
D8210	Terapia con Aparatos Extraíbles	
D8220	Terapia con Aparatos Fijos	
D8660	Consulta para Tratamiento Antes de la Ortodoncia	
D8670	Consulta Periódica para Tratamiento de Ortodoncia	
D8680	Retención de Ortodoncia	
D8691	Reparación de Aparatos de Ortodoncia	1 por aparato de por vida
D8692	Reemplazo de Retenedor Perdido o Extraviado	1 por arco de por vida
D8693	Resellado o Recementación, y/o Reparación, según Sea Necesario	
D8999	Procedimiento de Ortodoncia No Especificado, Por Informe	
Servicios Generales Complementarios		
D9110	Tratamiento Paliativo (de Emergencia), Procedimiento Menor	1 por cada fecha del servicio
D9120	División de la Dentadura Postiza Parcial Fija	
D9210	Anestesia Local No Administrada Conjuntamente con Procedimiento Quirúrgico	1 por cada fecha del servicio
D9211	Anestesia de Bloqueo Regional	
D9212	Anestesia de Bloqueo de División Trigeminal	

D9215	Anestesia Local Administrada Conjuntamente con Procedimiento Quirúrgico	
D9220	Sedación Profunda/Anestesia General, Primeros 30 Minutos	
D9221	Sedación Profunda/Anestesia General, Cada 15 Minutos Adicionales	
D9230	Inhalación de Óxido Nitroso/Analgesia, Ansiólisis	
D9241	Analgesia/Sedación Consciente Intravenosa, Primeros 30 Minutos	
D9242	Analgesia/Sedación Consciente Intravenosa, Cada 15 Minutos Adicionales	
D9248	Sedación Consciente No Intravenosa	
D9310	Consulta, Dentista Distinto al Solicitante	
D9410	Visita a Domicilio/Centro de Atención Extendida	
D9420	Visita al Hospital o Centro Quirúrgico Ambulatorio	
D9430	Visita al Consultorio para una Observación, Durante el Horario de Atención, sin la Prestación de Otros Servicios	
D9440	Visita al Consultorio, Después del Horario de Atención	1 por cada fecha del servicio
D9610	Medicamento Parenteral Terapéutico, Una Sola Administración	4 por cada fecha del servicio
D9910	Aplicación de Medicamento Desensibilizador	1 por diente cada 12 meses, para dientes permanentes únicamente
D9930	Tratamiento de Complicaciones, Postquirúrgicas, Inusuales	1 por cada fecha del servicio
Servicios Generales Complementarios (Continuación)		
D9950	Análisis de la Oclusión, Montaje en Articulador	
D9951	Ajuste Oclusal, Limitado	1 por cuadrante cada 12 meses, 14 años o más
D9952	Ajuste Oclusal, Completo	1 cada 12 meses, 14 años o más
D9999	Procedimiento Complementario No Especificado, Por Informe	

