

Detalles de los Beneficios Dentales

2023

Este documento proporciona detalles adicionales acerca de los beneficios dentales suplementarios que están cubiertos bajo nuestro plan. Para obtener más información sobre este documento o sus beneficios dentales, póngase en contacto con Servicios para Miembros a través del número de teléfono o la dirección web que aparece en la contraportada de la *Evidencia de Cobertura* o en su tarjeta de identificación de Miembro.

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

| Estado | Paquete de Beneficios del Plan | Nombre del Plan |
|--------|--------------------------------|---|
| CA | H0562039000 | Wellcare Premium Ultra (HMO) |
| CA | H0562079000 | Wellcare No Premium Ruby (HMO) |
| CA | H0562084000 | Wellcare Premium Ultra (HMO) |
| CA | H0562092000 | Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) |
| CA | H0562097000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| CA | H0562113000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| CA | H0562118000 | Wellcare Specialty No Premium (HMO C-SNP) |
| CA | H0562120000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| CA | H0562125000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| CA | H0562126000 | Wellcare No Premium (HMO) |
| CA | H0562128000 | Wellcare No Premium (HMO) |

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Beneficios Dentales Cubiertos: Nuestro plan proporciona cobertura para los servicios dentales que se describen a continuación. Consulte su *Evidencia de Cobertura* del 2023 para conocer cualquier gasto compartido aplicable.

Programa de Beneficios Dentales del 2023

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|---|--------|---|---|
| Servicios de Diagnóstico (Preventivos) | | | |
| Examen Bucal | D0120 | Examen periódico de rutina completado durante la revisión | 2 (D0120) cada 12 meses; no dentro de los 6 meses posteriores a un D0150 |
| Examen Bucal | D0140 | Examen limitado para evaluar un problema | 2 (D0140) cada 12 meses |
| Examen Bucal | D0150 | Examen completo (para un paciente nuevo o un paciente registrado después de 3 años o más de inactividad en el tratamiento dental) | 1 (D0150) cada 36 meses; no dentro de los 36 meses posteriores a un D0120 |
| Examen Bucal | D0170 | Reevaluaciones | 2 (D0170) cada 12 meses |
| Examen Bucal | D0171 | Reevaluaciones | 2 (D0171) cada 12 meses |
| Examen Bucal | D0180 | Evaluación periodontal completa | 2 (D0180) cada 12 meses; no en la misma fecha que un D0120 o D0150 |
| Radiografías Dentales | D0210 | Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca | 1 (D0210) cada 24 meses |
| Radiografías Dentales | D0220 | Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0230 | Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los dientes | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0240 | Imagen radiográfica oclusal intraoral | Ilimitados |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|-----------------------|-----------------|--|--|
| Radiografías Dentales | D0250 | Imagen radiográfica extraoral | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0251 | Imagen radiográfica extraoral | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0270- D0274 | Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso | 4 (D2070) cada 12 meses; 2 (D0272, D0273) cada 12 meses; 1 (D0274) cada 12 meses |
| Radiografías Dentales | D0277 | Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0330 | Radiografía de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0350 | Fotografía bidimensional o imagen radiográfica | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0351 | Imagen fotográfica tridimensional | Ilimitados |
| Otros Servicios | D0460 | Prueba del nervio dental | Ilimitados |
| Otros Servicios | D0470 | Modelos de diagnóstico | Ilimitados |
| Otros Servicios | D0472- D0474 | Toma de tejido | Ilimitados |
| Otros Servicios | D0486 | Toma de la muestra citológica transepitelial para el laboratorio, microexamen, preparación y transmisión del informe escrito | Ilimitados |
| Otros Servicios | D0600 | procedimiento de diagnóstico no ionizante | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0701- D0702 | Imágenes bucales completas y radiográficas bidimensionales de la cabeza | Ilimitados |
| Fotografías Dentales | D0703- D0704 | Imágenes fotográficas, solo captura de imágenes | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0705 | Radiografías tomadas fuera de la boca | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0706 | Radiografías tomadas dentro de la boca | Ilimitados |
| Radiografías Dentales | D0707 | Radiografías para una evaluación más exhaustiva en las áreas alrededor de las raíces de los | Ilimitados |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|------------------------------|--|---|-------------------------|
| | | dientes: solo captura de imágenes | |
| Radiografías Dentales | D0708 | Radiografías de aleta de mordida para la evaluación de los dientes y el hueso: solo captura de imágenes | 4 (D0708) cada 12 meses |
| Radiografías Dentales | D0709 | Conjunto de radiografías de boca completa para la evaluación de los dientes y la boca: solo captura de imágenes | 1 (D0709) cada 24 meses |
| Otros Servicios | D0999 | Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe | Ilimitados |
| Servicios Preventivos | | | |
| Otros Servicios | D1110 | Limpieza dental estándar para adultos | 2 (D1110) cada 12 meses |
| Flúor | D1206 | Tratamiento con flúor | 1 (D1206) cada 12 meses |
| Otros Servicios | D1310 | Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales | Ilimitados |
| Otros Servicios | D1330 | Instrucciones de higiene oral | Ilimitados |
| Otros Servicios | D1351, D1353 | Sellador y reparación de sellador – por diente | Ilimitados |
| Otros Servicios | D1354 | Aplicación de medicamento para detener caries provisoriamente | Ilimitados |
| Otros Servicios | D1510, D1516, D1517, D1520, D1526, D1527 | Mantenedor de espacio – Fijo/Removible | Ilimitados |
| Otros Servicios | D1551-D1553 | Volver a cementar o a unir el mantenedor de espacio bilateral | Ilimitados |
| Otros Servicios | D1556-D1558 | Remoción del mantenedor de espacio fijo | Ilimitados |
| Otros Servicios | D1575 | Mantenedor de espacio de zapatilla distal - unilateral fijo | Ilimitados |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|---|---|--|---|
| Servicios Integrales de Restauración (Rellenos y Coronas) | | | |
| Restauraciones | D2140- D2394 | Rellenos metálicos o de color dental colocados directamente en la boca en los dientes anteriores, premolares o posteriores | Ilimitados |
| Restauraciones | D2510- D2530 | Incrustación – relleno metálico que encaja en los agujeros y surcos de la superficie de masticación de un diente | 1 (D2510, D2520, D2530) cada 60 meses |
| Restauraciones | D2542- D2544; D2740- D2794 | Corona revestida o corona parcial llamada onlay: hecha de metal, porcelana/cerámica, porcelana fundida a metal o titanio. Se hace fuera de la boca y luego se coloca dentro de esta. | 1 (D2542-D2544; D2740, D2750-D2753; D2780-D2783; D2790- D2792; D2794) cada 60 meses |
| Restauraciones | D2910- D2920 | Volver a cementar o a pegar una corona que se ha desprendido | Ilimitados |
| Restauraciones | D2930, D2931 | Coronas prefabricadas | 1 (D2930, D2931) cada 60 meses |
| Restauraciones | D2940 | Relleno protector | Ilimitados |
| Restauraciones | D2950- D2955 | Acumulación de relleno alrededor de un poste para preparar el diente para una corona | Ilimitados |
| Restauraciones | D2962 | Carilla labial (laminado de porcelana) – laboratorio | Ilimitados |
| Servicios Integrales de Endodoncia (Tratamiento de Conducto) | | | |
| Endodoncia | D3110, D3120 | Recubrimiento de pulpa | Ilimitados |
| Endodoncia | D3220- D3221 | Pulpotomía | |
| Endodoncia | D3230, D3240, D3310, D3320, D3330, D3332 | Tratamiento de conducto | |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|---|---|--|---|
| Endodoncia | D3346- D3348 | Rehacer un tratamiento de conducto por un tratamiento de conducto anterior fallido | Ilimitados |
| Endodoncia | D3351- D3353; D3410, D3421; D3425- D3426; D3430; D3450 | Reparaciones de la punta de la raíz de los dientes | Ilimitados |
| Endodoncia | D3471- D3473 | Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz | Ilimitados |
| Endodoncia | D3911 | Barrera intraorificio | Ilimitados |
| Endodoncia | D3920 | Otro procedimiento del conducto radicular | Ilimitados |
| Servicios Periodontales Integrales (Tratamiento de las Encías) | | | |
| Periodoncia | D4210, D4211, D4240, D4241 | Cirugía del tejido de las encías | 1 (D4210, D4211, D4240, D4241) cada 36 meses |
| Periodoncia | D4249 | Alargamiento clínico de la corona - tejido duro | 1 (D4249) de por vida |
| Periodoncia | D4260, D4261, D4270, D4273, D4274, D4283 | Cirugía del tejido de las encías | 1 (D4260, D4261, D4270, D4273, D4273, D4283) cada 36 meses |
| Periodoncia | D4341 | Limpieza profunda para 4 o más dientes en la boca | Solo 1 de cualquiera (D4341-D4342) por cuadrante cada 12 meses; sólo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio |
| Periodoncia | D4342 | Limpieza profunda para 1-3 dientes en la boca | Solo 1 de cualquiera (D4341-D4342) por cuadrante cada 12 meses; sólo se permiten dos cuadrantes en la misma fecha de servicio |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|---|--------------------------------------|---|--|
| Periodoncia | D4346 | Detartraje para encías inflamadas o infectadas moderadas o graves, boca completa, después de la evaluación | 2 (D4346) cada 12 meses |
| Periodoncia | D4355 | Limpieza de la acumulación en los dientes a fin de permitir una visibilidad adecuada de los dientes para su examen | Ilimitados |
| Periodoncia | D4381 | Medicina aplicada al área de las encías alrededor de un diente (por diente) para el tratamiento de la enfermedad de las encías | Ilimitados |
| Periodoncia | D4910 | Limpieza dental de rutina para un adulto que tiene antecedentes documentados de enfermedad de las encías | 2 (D4910) cada 12 meses; no dentro de los 90 días posteriores a un D1110 |
| Periodoncia | D4999 | Procedimiento periodontal no especificado, por informe | Ilimitados |
| Servicios Integrales de Prostodoncia Removible (Dentadura) | | | |
| Prostodoncia Removible | D5110- D5120 | Dentaduras postizas completas: superior y/o inferior | Solo 1 de cualquiera (D5110-D5228) por arco cada 60 meses |
| Prostodoncia Removible | D5130- D5140 | Dentaduras postizas completas inmediatas: superior y/o inferior, colocadas en el momento de extraer los dientes restantes | |
| Prostodoncia Removible | D5211- D5214 | Dentaduras parciales: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible | |
| Prostodoncia Removible | D5221- D5224, D5227, D5228 | Dentaduras parciales inmediatas: superior y/o inferior, resina, metal o base flexible, colocadas en el momento de las extracciones dentales | |
| Prostodoncia Removible | D5410, D5511, D5421, D5422, | Ajustar o reparar dentaduras completas o parciales | Ilimitados |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|--|---|--|---|
| | D5511, D5512, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630 | | |
| Prostodoncia Removible | D5520, D5640 | Sustituir las piezas que falten o estén rotas de dentaduras completas o parciales | Ilimitados |
| Prostodoncia Removible | D5650 | Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente | Ilimitados |
| Prostodoncia Removible | D5660 | Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente | Ilimitados |
| Prostodoncia Removible | D5710- D5761 | Rehacer el revestimiento o la base de dentaduras postizas completas y/o parciales: superior y/o inferior | Solo 1 de cualquiera (D5710-D5761) por arco cada 12 meses |
| Prostodoncia Removible | D5765 | Revestimiento blando para dentadura removible parcial o completa - indirecto | Ilimitados |
| Prostodoncia Removible | D5810- D5821 | Dentadura provisional/temporaria | Solo 1 de cualquiera (D5810-D5821) por arco cada 60 meses |
| Prostodoncia Removible | D5850, D5851 | Revestimiento para ayudar a curar el tejido de la encía bajo una dentadura | Ilimitados |
| Prostodoncia Removible | D5876 | Añadir una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica (por arco) | 1 (D576) cada 12 meses |
| Servicios Integrales de Prostodoncia Fija (Puentes) | | | |
| Prostodancias Fijas | D6210- D6245 | Parte del puente que es el diente falso, reemplazando el diente faltante (póntico) | 1 (D6210-D6245) cada 60 meses |
| Prostodancias Fijas | D6750- D6753, D6780- D6782, D6784 | Coronas y coronas parciales que se colocan en los dientes que sostienen un puente (coronas retenedoras) | 1 (D6750, D6753, D6780-D6782; D6784, D6790-D6794) cada 60 meses |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|---|---------------------------|---|---|
| | D6790- D6794 | | |
| Prostodoncias Fijas | D6930 | Volver a cementar o a unir un puente que se salga | Ilimitados |
| Servicios Integrales de Cirugía Bucal (Extracción) | | | |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7111, D7140- D7251 | Extracciones | 1 (D7111, D7140-D7251) por diente de por vida |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7270, D7280 | Cirugía para mover o reimplantar dientes naturales | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7285, D7286 | Biopsias | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7310- D7321 | Remodelación del hueso que rodea los dientes o los espacios dentales | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7510, D7511 | Limpieza de un absceso/infección de una raíz dental | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7961- D7963 | Otros procedimientos quirúrgicos para eliminar el exceso de tejido de la encía o las uniones musculares | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D7971 | Extirpación de encía pericoronar | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8070 | Tratamiento ortodóncico integral de la dentición transicional | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8080 | Tratamiento ortodóncico integral de la dentición adolescente | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8090 | Tratamiento ortodóncico completo de la dentición adulta | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8660 | Examen de tratamiento preortodóncico para controlar el crecimiento y el desarrollo | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8670 | Consulta periódica de tratamiento ortodóncico | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8680 | Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, armado y colocación de retenedor(es)) | Ilimitados |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|---|-------------------------------------|---|------------|
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8681 | Ajuste del retenedor ortodóncico extraíble | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8695 | Remoción de aparatos ortodóncicos fijos por motivos distintos a la finalización del tratamiento | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8698 | Volver a cementar o a unir el retenedor fijo - maxilar | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8699 | Volver a cementar o a unir un retenedor fijo - mandibular | Ilimitados |
| Otras Cirugías Orales/Maxilofaciales | D8999 | Procedimiento ortodóncico no especificado, por informe | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales Complementarios (No Rutinarios) | | | |
| Otros Servicios Integrales | D9110 | Procedimiento menor para el tratamiento de emergencia del dolor dental | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9120 | Cortar un puente viejo para ayudar a retirarlo | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9210- D9211, D9215- D9233 | Sedación profunda/anestesia general | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9239, D9243 | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente) | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9310 | Consulta (servicio de diagnóstico proporcionado por el dentista o el médico que no sea el profesional que proporciona el tratamiento) | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9311 | Consulta con un profesional de la salud médica | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9430 | Visita al consultorio para observación (durante horas programadas regularmente) - ningún otro servicio realizado | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9440 | Visita al consultorio- después de horas programadas regularmente | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9630 | Enjuagues con fluoruro y otros productos dentales con receta para uso doméstico | Ilimitados |

| Categoría | Código | Descripción del Procedimiento | Frecuencia |
|----------------------------|-----------------|---|------------|
| Otros Servicios Integrales | D9910 | Aplicación de medicación desensibilizante | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9912 | Evaluación del paciente antes de la consulta | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9942 | Reparación de la placa de descanso | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9943- D9946 | Placa de descanso, aparato duro o blando | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9947 | Fabricación y colocación de aparatos personalizados para apnea del sueño | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9948 | Ajuste del aparato personalizado para apnea del sueño | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9949 | Reparación de aparatos personalizados para apnea del sueño | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9951, D9952 | Ajuste leve de la mordida | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9961 | Blanqueamiento externo-por arco-realizado en el consultorio | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9995 | Teleodontología: realizada en tiempo real | Ilimitados |
| Otros Servicios Integrales | D9996 | Teleodontología: se realiza cuando la información se almacena y se envía a un dentista para su revisión posterior | |
| Otros Servicios Integrales | D9999 | Procedimiento complementario no especificado, por informe | Ilimitados |

Limitaciones Generales:

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente enumerado como un beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan está disponible al 100% de las tarifas usuales y habituales del dentista de atención general o especializada tratante seleccionado de Health Net.
2. Los procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines estéticos o únicamente para la apariencia están disponibles al 100% de los honorarios usuales y habituales del dentista de atención general o especializada seleccionado de Health Net tratante, a menos que se indique específicamente como un beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan.
3. La anestesia general es un beneficio cubierto sólo cuando es administrada por el dentista tratante, junto con procedimientos quirúrgicos orales y periodontales.

Exclusiones:

1. Servicios realizados por cualquier dentista que no tenga contrato con Health Net, sin aprobación previa (excepto servicios de emergencia fuera del área). Esto incluye los servicios realizados por un dentista general o un dentista de atención especializada.
2. Los procedimientos dentales que comenzaron antes de la elegibilidad del miembro bajo este Plan o que comenzaron después de la terminación del Plan del miembro. Entre los ejemplos se incluye: dientes preparados para coronas, conductos radiculares en progreso, dentaduras postizas parciales o completas para las cuales se haya tomado una impresión.
3. Cualquier servicio dental, o aparato, que se determine que no es razonable y/o necesario para mantener o mejorar la salud dental del miembro, según lo determine el dentista general seleccionado de Health Net.
4. Cirugía ortognática.
5. Cargos hospitalarios para pacientes hospitalizados/ambulatorios de cualquier tipo, incluidos honorarios de odontólogos y/o médicos, recetas médicas o medicamentos.
6. Sustitución de dentaduras, coronas, aparatos o puentes que se han perdido, robado o dañado debido a abuso, mal uso o negligencia.
7. Tratamiento de neoplasias malignas, neoplasias o quistes, a menos que se indique específicamente como un beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan. Cualquier servicio relacionado con los honorarios del laboratorio de anatomía patológica.
8. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo objetivo principal es cambiar la dimensión vertical de la oclusión, corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o inducidos médicamente, incluyendo, entre otros, el tratamiento de trastornos miofuncionales, mioréticos, o trastornos de la articulación temporomandibular a menos que se indique lo contrario específicamente como beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del Plan.
9. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del gobierno federal o estatal, subdivisión política u otro programa público que no sea Medicaid o Medicare.
10. Servicios dentales necesarios mientras se presta servicio en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
11. Servicios dentales considerados de naturaleza experimental.
12. Cualquier procedimiento o tratamiento dental que no pueda realizarse en el consultorio dental debido a la salud general o a limitaciones físicas del miembro.
13. Procedimientos que se consideran Experimentales, Investigativos o No Probados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapias Dentales de la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico Experimental, Investigativo o No Probado sea el único tratamiento disponible para una afección en particular no dará lugar a cobertura si el procedimiento se considera Experimental, Investigativo o No Probado para el tratamiento de esa afección en particular.
14. Los servicios extranjeros no están cubiertos a menos que se requiera como emergencia.

Limitaciones y Exclusiones de los Beneficios Ortodóncicos:

1. El tratamiento ortodóncico debe ser proporcionado por un dentista general seleccionado de Health Net o por un ortodoncista contratado de Health Net para que se apliquen los copagos enumerados en este Programa de Beneficios del Plan.
2. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses de tratamiento ortodóncico usual y habitual, y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. El tratamiento que se extienda más allá de dichos períodos de tiempo estará sujeto a un cargo de \$25 por consulta.
3. Los siguientes puntos no se incluyen como beneficios ortodóncicos:
 - A. Reparación o sustitución de aparatos perdidos o rotos;
 - B. Retratamiento de casos de ortodoncia;
 - C. Tratamientos relacionados con lo siguiente:
 - i. Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia, macroglosia;
 - ii. Desequilibrios hormonales u otros factores que afectan al crecimiento o a las anomalías del desarrollo;
 - iii. Tratamiento relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular;
 - iv. Brackets compuestos o cerámicos, adaptación lingual de las bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o cosméticas a los aparatos de ortodoncia fijos y extraíbles estándar.
4. La fase de retención del tratamiento incluirá la construcción, colocación y ajuste de los retenedores.
5. El tratamiento ortodóncico activo en curso en su fecha efectiva de cobertura no está cubierto. El tratamiento ortodóncico activo significa que el movimiento dental ha comenzado.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.