

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Número de Guía: DURG-01-24
Fecha Efectividad: 1 de enero de 2024
Ultima Revisión Aprobada: 10 de Agosto de 2026

Tabla de Contenido

Pagina

Instrucciones de Uso 3
Guías Generales de Revisión 6
Diagnóstico 10
Restaurativo 17
Endodoncia 36
Periodoncia 46
Prostodoncia Removible 61
Implantes 75
Prostodoncia Fija 92
Cirugía Oral 104
Servicios Complementarios 115

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Instrucciones de Uso

Las guías de revisión de utilización de NetClaim se basan en recomendaciones y estándares desarrollados por organizaciones profesionales de odontología y organismos reguladores para guiar a los profesionales dentales en la prestación de atención de alta calidad. Estas guías explican los criterios que utilizamos para evaluar pre-autorizaciones de tratamientos previos, solicitudes de revisión posterior y/o reclamaciones.

Estas guías están diseñadas para promover las mejores prácticas, garantizar la seguridad del paciente y mejorar los resultados generales en salud oral.

Las guías dentales abarcan una amplia gama de temas dentro de la odontología, incluyendo:

1. **Prevención y Promoción de la Salud Oral:** Incluyen medidas preventivas como prácticas de higiene oral, uso de fluoruro y educación del paciente sobre el mantenimiento de una buena salud oral.
2. **Diagnóstico y Planificación del Tratamiento:** Proporcionan recomendaciones para el diagnóstico preciso, evaluación y planificación del tratamiento de diversas condiciones dentales. Incluyen visitas para exámenes dentales, radiografías y la interpretación de hallazgos diagnósticos.
3. **Odontología Restaurativa:** Describen enfoques basados en evidencia para restaurar y reemplazar dientes, incluyendo el uso de materiales dentales, técnicas para obturaciones, coronas, puentes e implantes dentales.
4. **Periodoncia:** Se centran en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de las encías (enfermedades periodontales) e incluyen recomendaciones para tratamiento periodontal, como alisado radicular, cirugía periodontal y mantenimiento de la salud periodontal.
5. **Endodoncia:** Cubre el tratamiento de conductos radiculares, abordando el diagnóstico adecuado, técnicas de desinfección, instrumentación y restauración de dientes tratados endodónticamente.
6. **Cirugía Oral y Maxilofacial:** Proporciona recomendaciones para procedimientos quirúrgicos en la cavidad oral, mandíbula y cara, como extracciones, extracción de terceros molares e implantes dentales.
7. **Odontología Pediátrica:** Se enfoca en la atención dental para bebés, niños y adolescentes, incluyendo medidas preventivas, tratamiento de caries, monitoreo del crecimiento y desarrollo, y técnicas de manejo del comportamiento.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

8. **Manejo de Emergencias Dentales:** Ofrecen recomendaciones para el manejo de emergencias y condiciones dentales agudas, como traumatismos dentales, avulsión dentaria, dolor dental y control de infecciones en situaciones de emergencia.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

- **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
- **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
- **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Guías Generales de Revisión

Narrativas

- Todas las narrativas deben incluir los signos y síntomas del paciente que respalden el tratamiento propuesto y deben ser legibles.
- Se debe incluir una narrativa cuando sea necesario para respaldar un procedimiento o servicio, incluso si no es específicamente requerido por las guías.

Radiografías

- Todas las radiografías deben estar etiquetadas con el nombre del paciente, la fecha en que fueron tomadas y deben ser de calidad diagnóstica (con buen contraste, definición y ángulo adecuado). Las radiografías periapicales y todas las radiografías para coronas y puentes deben mostrar el ápice del diente o dientes involucrados.
- Las radiografías de aleta de mordida no son aceptables para coronas y puentes.
- Todas las radiografías enviadas deben ser del tipo correcto y estar relacionadas con el área/dientes para el procedimiento solicitado. La evidencia radiográfica debe coincidir con la descripción del código según el libro de Terminología Dental Actual (CDT) de la Asociación Dental Americana (ADA).
- La evidencia radiográfica debe mostrar claramente el diente o área donde se solicita el servicio.
- Todas las radiografías deben identificar el lado derecho (R) o izquierdo (L).
- Se requerirán radiografías periapicales postoperatorias de tratamientos de conducto completados cuando se realice un muñón de reconstrucción, un poste y muñón, y una corona.

Gráfico Periodontal

- El gráfico debe incluir sondaje en seis puntos para procedimientos de raspado y alisado radicular y otras cirugías. Se debe documentar la recesión y la cantidad de encía disponible para procedimientos de injerto.

Mantenimiento Periodontal

- El historial de cirugía periodontal debe estar documentado para respaldar el beneficio del código D4910.

Coordinación de Beneficios

- Se debe adjuntar una copia de la Explicación de Pago (EOP) del plan primario al formulario de reclamación para el pagador secundario con fines de coordinación de beneficios.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Procedimientos Separados (Unbundling)

- Si se determina que los servicios enviados fueron separados indebidamente, serán agrupados nuevamente en el código contractual apropiado.

Beneficios Alternativos

- Si se determina que un procedimiento alternativo menos costoso puede reemplazar el tratamiento propuesto y ofrecer un resultado profesionalmente satisfactorio, el monto máximo cubierto será el del tratamiento menos costoso.

Guías de Documentación Adicional

- Consulte las guías para códigos de procedimientos específicos sobre requisitos de envío y documentación de respaldo.
- Toda la documentación de respaldo debe coincidir con el paciente que requiere el servicio.
- El servicio solicitado debe estar alineado con la descripción en el libro de Terminología Dental Actual (CDT) de la Asociación Dental Americana.
- El número de diente debe coincidir con la evidencia radiográfica enviada.
- Si el diente solicitado se refiere a un espacio creado por dos dientes contiguos, debe enviarse como un número de diente supernumerario (número de diente +50).

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

ADA Guidance on Coordination of Benefits. (n.d.) American Dental Association (ADA). Accessed June 3, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/resources/practice/dental-insurance/ada-guidance-on-coordination-of-benefits

Bundling and Downcoding. (n.d.) American Dental Association (ADA). Accessed June 3, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/resources/practice/dental-insurance/bundling-and-downcoding

Documentation/ Patient Records. (n.d.) American Dental Association (ADA). Accessed June 4, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/resources/practice/practice-management/documentation-patient-records

D4910 Coding for Periodontal Maintenance. (n.d.) American Dental Association (ADA). Accessed June 4, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/resources/practice/dental-insurance/d4910-coding-for-periodontal-maintenance

Least Expensive Alternative Treatment Clause. (n.d.) American Dental Association (ADA). Accessed June 4, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/resources/practice/dental-insurance/least-expensive-alternative-treatment-clause

Marielaina, P. (2022, July). *What is full Periodontal Charting?* Accessed June 16, 2024. Available at URL address: https://drperrone.com/blog/what-is-full-periodontal-charting/

Radiographic Imaging. (n.d.) American Dental Association (ADA). Accessed June 5, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/resources/practice/practice-management/radiographic-imaging

Treatment Narrative for Insurance Company. (2018). Front Office Rocks. Accessed June 16, 2024. Available at URL address: https://s3-us-west-2.amazonaws.com/newwebsitedocuments/Financial+Coordinator/Instructions+%26+Forms/Dental+Treatment+Narrative_final_financial+coordinator.pdf

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
12/17/2024	Cambios en la redacción y especificidad de las Guías sobre Radiografías y Documentación Adicional	Se agregó mayor especificidad a la sección para abordar los requisitos de los dientes, la alineación con las descripciones de códigos del libro CDT de la ADA, claridad en la documentación, etc.
2/24/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Diagnóstico

Descripción

Un servicio de diagnóstico dental es un conjunto de procedimientos y exámenes realizados por profesionales de la odontología para evaluar la salud de los dientes, encías y la cavidad oral de un paciente. Estos servicios tienen como objetivo identificar problemas de salud oral existentes o potenciales, como caries, enfermedades de las encías, infecciones u otras anomalías, con el fin de determinar el plan de tratamiento adecuado. Los servicios de diagnóstico incluyen exámenes clínicos, radiografías, evaluaciones periodontales y otras herramientas de diagnóstico que ayudan a desarrollar un plan de tratamiento preciso para la atención dental del paciente.

Existen varios tipos de radiografías utilizadas en las evaluaciones, incluyendo la tomografía computarizada de haz cónico (Cone Beam CBCT). Una radiografía Cone Beam es una tecnología avanzada de imagen que captura imágenes 3D detalladas de áreas específicas del cuerpo, utilizada principalmente en odontología, cirugía oral y maxilofacial. Emplea un haz de rayos X en forma de cono para producir imágenes tridimensionales de alta resolución de las estructuras óseas, los tejidos blandos y la anatomía dental.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Imagen diagnóstica: Representación visual de patrones estructurales o funcionales con el propósito de una evaluación diagnóstica. Puede ser fotográfica o radiográfica. *(ADA)*

Radiografía: Imagen o fotografía producida en una película sensible a la radiación, placa de fósforo, emulsión o sensor digital mediante exposición a radiación ionizante. *(ADA)*

Tomografía computarizada de haz cónico (Cone Beam CBCT): Imagen radiográfica tridimensional obtenida mediante un haz en forma de cono para evaluar los dientes y las estructuras de soporte.

Evaluación oral limitada – centrada en el problema (D0140): Una evaluación limitada a un problema o queja específica de salud bucal. Esto puede requerir la interpretación de la información adquirida a través de procedimientos de diagnóstico adicionales. Informe los procedimientos de diagnóstico adicionales por separado. Es posible que se requieran procedimientos definitivos en la misma fecha de la evaluación. (CDT)

Infección: Invasión y proliferación de microorganismos patógenos en los tejidos corporales y reacción de los tejidos a su presencia. (AEE)

Dolor: una experiencia sensorial (aferente) y emocional subjetiva y desagradable asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño. (GPT)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan para el afiliado. El proveedor tiene la responsabilidad de validar los beneficios aprobados por el plan antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Código de Diagnóstico Dental D0100 – D0999

Códigos de Procedimiento Específicos: **Evaluación oral limitada – centrada en el problema (D0140)**
Aplicabilidad: Hay circunstancias en las que un paciente requiere atención inmediata debido a un problema específico y/o emergencias dentales, trauma, infecciones agudas, etc. Esta sección se aplica a los escenarios en los que el paciente intenta o recibe un servicio de proveedores no participantes. **Procedimientos Diagnósticos o Definitivos Adicionales Aceptados:** 1. Radiografía (D0220, D0230, D0270) 2. Restauración directa provisional (D2940) 3. Recubrimiento pulpar directo – indirecto (D3110, D3120) 4. Pulpotomía terapéutica (D3220) 5. Desbridamiento pulpar (D3221) 6. Extracciones (D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7250) 7. Incisión y drenaje de absceso – tejido blando intraoral (D7510) 8. Tratamiento paliativo del dolor dental (D9110)
Requisitos de Documentación:
Narrativo Principal: 1. Narrativo clínico que establezca el problema específico y/o emergencias dentales, trauma o infecciones agudas. **Relevo de Responsabilidad**: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Indicaciones Clínicas:

Servicios de Emergencia están indicados cuando:

1. La documentación provista claramente describe el problema específico, urgencia de la condición y/o la forma del racional para evaluación inmediata o tratamiento.
2. La consideración de urgencia según el código D0140 puede incluir, entre otros, la documentación que respalde:
    a. Dolor dental agudo que requiere evaluación inmediata
    b. Trauma dental
    c. Infección activa, absceso o inflamación facial
    d. Sangrado incontrolable
    e. Afecciones que requieren intervención diagnóstica o paliativa el mismo día

Códigos de Procedimiento Específicos: **Tomografía computarizada de haz cónico** (Cone Beam D0367 – D0383)

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Narrativo Principal:

1. Narrativo clínico que establezca la necesidad médica del procedimiento.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

La Tomografía de haz cónico (cone beam) está indicada para:

1. Evaluación de la calidad ósea, volumen y estructuras anatómicas antes de la colocación del implante dental.
2. Evaluación de alineación dental, dientes impactados y discrepancias esqueléticas para tratamientos de ortodoncia.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

3. Planificación para extracciones de terceros molares, cirugía mandibular o eliminación de quistes/tumores.
4. Detección de quistes, tumores u otras anomalías en la mandíbula y tejidos circundantes.
5. Identificación de defectos óseos, afectación de furcas o evaluación de pérdida ósea para tratamientos periodontales.

La Tomografía de haz cónico (cone beam) NO está indicada cuando:

1. Uso rutinario para diagnóstico, si las radiografías 2D son suficientes.
2. Se debe evitar la exposición a la radiación, aunque sea mínima, especialmente durante el embarazo, salvo que sea absolutamente necesario.
3. La información diagnóstica requerida se pueda obtener mediante métodos de imagen más simples, menos costosos o con menor radiación.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

- **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
- **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
- **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Association of Endodontists (AEE). Glossary of Endodontic Terms, 10th edition, 2020.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2025.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Dental CBCT Scan: What Is it & Why You Need One (2021, August 21). Atlanta Center for Advanced Periodontics, Cosmetic, and Implant Dentistry. Accessed December 16, 2024. Available at URL address: https://advancedperioatl.com/cbct-scan-dentist-vs-x-rays/

Glossary of Prosthodontics Terms, 10th edition, 2023.

MedlinePlus Dental X-rays. Accessed December 20,2024. Available at URL address: Dental x-rays: MedlinePlus Medical Encyclopedia

Radiographic Imaging ADA. Accessed December 20,2024. Available at URL address: Radiographic Imaging | American Dental Association

The importance of Dental X- Rays or Radiograph. Accessed December 20,2024. Available at URL address: The Importance Of Dental X-Rays

What Constitutes a Dental Emergency? (n.d.) American Dental Association (ADA). Accessed March 10, 2025. Available at URL address: https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/coronavirus/covid-19-practice-resources/ada_covid19_dental_emergency_dds.pdf

X-rays Mouthhealty ADA. Accessed December 20,2024. Available at URL address: X-rays | MouthHealthy - Oral Health Information from the ADA

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
12/17/2024	Fecha de origen de la política	Inclusión en la política como nuevo requisito para la revisión previa al servicio.
2/24/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
03/21/2025	Se añade información de servicios de emergencia	Se incluye definiciones, aplicabilidad, requisitos de documentación y referencias para servicios de emergencia
05/21/2026	Se añaden detalles de indicaciones para servicios de emergencia	Inclusión de criterios clínicos para servicios de emergencia
6/11/2026	Referencias actualizadas	ADA 2026

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Restaurativo

Descripción

La odontología restaurativa se centra en reparar o reemplazar dientes dañados o ausentes para restaurar su función, apariencia y salud oral en general. Los servicios restaurativos en odontología incluyen una variedad de procedimientos diseñados para reparar dientes afectados por caries, traumatismos u otras condiciones. Las coronas dentales son cubiertas con forma de diente que se colocan sobre dientes dañados o debilitados para restaurar su resistencia, forma y apariencia.

Las coronas se usan comúnmente en dientes que han recibido tratamiento de conducto, grandes restauraciones o daños significativos. Los inlays y onlays son restauraciones personalizadas utilizadas para reparar dientes moderadamente dañados. Inlays se adhieren dentro de las cúspides del diente, Onlays se extienden sobre una o más cúspides para restaurar daños más extensos.

En general, la odontología restaurativa desempeña un papel fundamental en la salud oral, restaurando la función y mejorando la apariencia de la sonrisa, lo que ayuda a los pacientes a recuperar la confianza y mejorar su calidad de vida.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Corona: Reemplazo artificial que restaura la estructura de un diente rodeando la parte restante de la corona. Puede estar hecha de metal, cerámica, polímeros o una combinación de estos materiales. Se fija con cemento de adhesión o por medios mecánicos. *(ADA)*

Síndrome del diente agrietado: Conjunto de síntomas caracterizados por dolor agudo transitorio al masticar. *(ADA)*

Inlay: Restauración intracoronal fabricada fuera de la cavidad oral, que se ajusta a la cavidad preparada y restaura parte de la superficie oclusal del diente, sin cubrir las cúspides. Se fija con cemento de adhesión. *(ADA)*

Onlay: Restauración dental fabricada fuera de la cavidad oral que cubre una o más cúspides y superficies oclusales adyacentes, pero no toda la superficie externa del diente. *(ADA)*

Muñón (Core Build-Up): Restauración parcial o total de la corona de un diente para proporcionar una base que retenga una corona indirecta. *(ADA)*

Perno (Pin): Pequeña varilla de metal cementada o insertada en la dentina para ayudar a la retención de una restauración. *(ADA)*

Poste: Componente en forma de varilla diseñado para insertarse en un conducto radicular preparado para proporcionar soporte estructural. Puede ser de aleación metálica, fibra de carbono o fibra de vidrio, y generalmente se fija con un agente de adhesión adecuado. *(ADA)*

Carilla de porcelana: Capa delgada que cubre la superficie frontal de un diente, generalmente de un material del color del diente, utilizada para restaurar dientes descoloridos, dañados, con forma irregular o desalineados. *(ADA)*

Falla: en materiales dentales, fractura de cualquier material físico como resultado de cargas y descargas cíclicas, caracterizada por una fractura por debajo de su resistencia máxima a la tracción; en prostodoncia, la incapacidad de una prótesis para producir el resultado deseado. (GPT)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Códigos Dentales: Restaurativo D2000 – D2999

Códigos de Procedimiento Específicos: **Inlay / Onlay (D2510 – D2664)**
Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical del diente desde la corona hasta el ápice de la raíz, tomada dentro de los 12 meses previos a la solicitud de autorización.

Requisitos Adicionales (si aplican):

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. La radiografía no muestra claramente la necesidad médica del procedimiento
2. Hay síndrome del diente agrietado
3. Hay destrucción de ¾ de las superficies del diente
   El paciente tiene deficiencia de esmalte

Se debe proporcionar una fotografía cuando:

1. Hay líneas de fractura en la estructura del diente
2. Hay caries en la superficie bucal, facial o lingual
3. Hay abrasión cervical
4. Para reemplazos: caries, fracturas debajo de la corona existente o perforaciones no visibles en la radiografía

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:
Los Inlays/Onlays están indicados cuando: 1. Se necesita proteger la estructura dental debilitada sin eliminar tejido adicional, a diferencia de una corona. 2. Se necesita más soporte que una obturación, pero no una corona completa. 3. Se busca preservar la mayor cantidad posible de estructura dental natural. Inlays/onlay no están indicados cuando: 1. Se desea alterar la oclusión o la dimensión vertical, reemplazar la estructura dental perdida por desgaste, erosión, abrasión (desgaste), abfracción o ferulización periodontal, ortodóncica u otros tipos. 2. El diente tiene caries o daño extenso más allá de las cúspides, comprometiendo su integridad estructural.
Códigos de Procedimiento Específicos: **Coronas (D2710 – D2799)**
Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:
Radiografía Principal: 1. Radiografía periapical o de mordida extraoral diagnóstica, con alta calidad del diente desde la corona hasta el ápice de la raíz, tomada dentro de los 12 meses previos a la solicitud de autorización. **Radiografía Alternativa:** 1. Radiografía panorámica de alta calidad y definición dentro de los 12 meses previos a la solicitud de la pre-autorización.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Adicionales (si aplican):

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. La radiografía no muestra claramente la necesidad médica del procedimiento
2. Hay síndrome del diente agrietado
3. Hay destrucción de ¾ de las superficies del diente
4. El paciente tiene deficiencia de esmalte

Se debe proporcionar una fotografía cuando:

1. Hay líneas de fractura en la estructura del diente
2. Hay caries en la superficie bucal, facial o lingual
3. Hay abrasión cervical
4. Para reemplazos: caries, fracturas debajo de la corona existente o perforaciones no visibles en la radiografía

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Las coronas están indicadas en los siguientes casos:

1. Cuando un diente presenta caries extensa que no puede restaurarse con una obturación y es necesario restablecer su forma, resistencia y función.
   - La destrucción de un molar por caries o trauma debe afectar cuatro superficies o más y/o la pérdida de dos cúspides o más.
   - La destrucción de un premolar por caries o trauma debe afectar tres superficies o más y/o la pérdida de una cúspide o más.
   - La destrucción de un diente anterior por caries o trauma debe involucrar cuatro superficies y al menos el 50% del borde incisal.
2. Si un diente está fracturado o roto, una corona puede proporcionar protección y soporte cubriendo la parte dañada y previniendo más deterioro.
3. Después de un tratamiento de conducto, un diente puede debilitarse y volverse propenso a fracturas. La colocación de una corona puede fortalecer el diente y protegerlo de daños futuros.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Para justificar la necesidad de una corona en dientes con Síndrome del Diente Agrietado, se deben incluir notas clínicas que documenten lo siguiente:

1. Fecha de inicio de los síntomas y todas las citas de reevaluación relacionadas con el diagnóstico original.
2. Sensibilidad térmica y sensibilidad a la carga oclusal, que desaparece al retirar la presión.
3. Tratamientos conservadores previos intentados para aliviar los síntomas, incluyendo monitoreo del tiempo.
4. Si hay una línea de fractura visible, debe ser probable con la punta de un explorador dental.

Las coronas NO están indicadas en los siguientes casos:

1. Cuando una restauración más conservadora puede devolver la función y forma del diente de manera adecuada.
2. Cuando el tratamiento se propone debido a una restauración grande existente, pero sin síntomas clínicos de fractura por estrés o líneas de fisura.
3. Si hay enfermedad periodontal no tratada.
4. Si el diente tiene un pronóstico desfavorable desde el punto de vista restaurativo, endodóntico o periodontal.
5. Si hay patología periapical (Ejemplos: Radiolucencia, absceso, quiste, etc.) o un tratamiento de conducto sin resolver, incompleto o fallido.
6. Cuando basado en evidencia radiográfica el diente presenta fractura en la raíz.
7. Si el tratamiento se solicita para tratar disfunción de la articulación temporomandibular (ATM).

Nota: Las coronas no están cubiertas cuando se solicitan con fines cosméticos o preventivos y pueden no estar incluidas en todos los planes de cubierta.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos de Procedimiento Específico: **Corona de Resina Prefabricada (D2932)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Narrativa principal y tipo de radiografía:

1. Narrativa clínica que justifique la necesidad médica.
2. Radiografía periapical o de mordida extraoral diagnóstica, de alta calidad, que muestre el diente desde la corona hasta el ápice de la raíz, tomada dentro de los 12 meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas

Requisitos Clínicos:

Las coronas de resina prefabricadas están indicadas si el diente presenta:

1. Restauraciones en dientes con más de dos superficies afectadas por lesiones de caries, o cuando existen lesiones extensas en una o dos superficies.
2. Tratamiento previo con pulpotomía, pulpectomía o tratamiento de conductos (endodoncia).
3. Presencia de defectos del desarrollo (hipoplasia, hipocalcificación, hipoplasia del esmalte, amelogénesis imperfecta, dentinogénesis imperfecta, etc.).
4. Necesidad de restaurar un diente primario que servirá como pilar para un mantenedor de espacio.
5. Pérdida extensa de estructura dental debido a atrición, abrasión o erosión, que requiere restauración y protección del diente.

Las coronas de resina prefabricadas no están indicadas si el diente presenta:

1. Un diente primario cercano a la exfoliación, con más de la mitad de la raíz reabsorbida.
2. Destrucción excesiva de la corona que impida lograr retención mecánica adecuada.
3. La restauración se solicita únicamente con fines estéticos.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

4. Se pretende como medida preventiva en dientes sin evidencia de patología.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Muñón & Poste y Muñón (D2950 – D2954)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical del diente desde la corona hasta el ápice de la raíz, tomada dentro de los 12 meses previos a la solicitud de autorización.

Requisitos Adicionales (si aplican):

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. La estructura dental remanente requiere refuerzo para un procedimiento restaurador extracoronal independiente.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Los procedimientos de construcción del muñón y poste y muñón están indicados cuando:

1. Se permite la construcción del muñón solo cuando es necesaria o esencial para la retención de la restauración final, como una corona, un onlay o un pilar de puente, y para la preservación del diente.
2. Después de un tratamiento de conducto, la estructura interna del diente puede debilitarse, haciéndolo más propenso a fracturas. Un poste y muñón puede ayudar a fortalecer el diente y proporcionar soporte para la corona.
3. Cuando el diente ha sufrido caries extensas, traumatismos o restauraciones previas de gran tamaño, y la cantidad de estructura dental remanente es insuficiente para soportar una corona.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Los procedimientos de construcción del muñón y poste y muñón NO están indicados cuando:

1. El tratamiento de conducto se realizó en un diente anterior y el acceso endodóntico fue mínimo, sin comprometer significativamente la estructura dental.
2. Las reconstrucciones realizadas en conjunto con inlays y coronas de ¾ no están permitidas.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Carillas (D2962)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical del diente desde la corona hasta el ápice de la raíz, tomada dentro de los 12 meses previos a la solicitud de autorización.

Requisitos Adicionales (si aplican):

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. La radiografía no muestra claramente la necesidad médica del procedimiento.
2. El paciente presenta Síndrome del Diente Agrietado.
3. El paciente tiene deficiencia de esmalte**.**

Se debe proporcionar una fotografía cuando:

1. Hay líneas de fractura en la estructura del diente.
2. Hay caries en la superficie bucal, facial o lingual.
3. Hay abrasión cervical.
4. El paciente tiene deficiencia de esmalte.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:

Las carillas están indicadas cuando:

1. Dientes decolorados: Manchas que no pueden eliminarse con blanqueamiento, incluyendo aquellas causadas por tratamientos de conducto, uso de tetraciclina u otros medicamentos, exposición excesiva al fluoruro y/o grandes restauraciones de resina.
2. Esmalte desgastado debido a erosión o abrasión
3. Para reparar pequeñas fracturas o astillas y lograr una restauración estética uniforme.
4. Para cerrar pequeños espacios o diastemas entre dientes.

Las carillas NO están indicadas cuando:

1. Dientes con caries extensas, grandes restauraciones o que requieren una restauración estructural significativa.
2. Pacientes con recesión gingival o enfermedad periodontal activa.
3. Dientes con erosión severa del esmalte, ya que la adhesión puede verse comprometida.
4. Pacientes con bruxismo (hábito de rechinar o apretar los dientes).
5. Para corregir problemas significativos de mordida o maloclusión.
6. Dientes con hipersensibilidad extrema, especialmente al frío, ya que pueden no tolerar bien la remoción del esmalte.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Guía para Determinar Fallas Clínicas en Restauraciones Dentales Mayores

Existen razones clínicas que pueden provocar el fracaso de un tratamiento de restauración dental. Generalmente, están relacionadas con factores biológicos, mecánicos o técnicos, lo que puede llevar a la necesidad de proponer un nuevo tratamiento. Estas incluyen:

1. Caries recurrentes.
2. Complicaciones asociadas a dientes tratados con endodoncia.
3. Enfermedad periodontal.
4. Fractura o infección del diente.
5. Reabsorción radicular.
6. Problemas con el material de la corona. (Material débil, reacciones alérgicas).
7. Pobre higiene oral del paciente.
8. Bruxismo o fuerzas masticatorias excesivas.
9. Problemas durante el procedimiento (Preparación inadecuada, márgenes deficientes).

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica y aplicar con precisión la cobertura dental de los Planes de Salud cuando un tratamiento falle. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

- **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
- **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
- **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Diente/ Arco/ Superficie
D2410	Oro directo, una superficie	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2420	Oro directo, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2430	Oro directo, tres superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2510	Incrustación, metálica, una superficie	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2520	Incrustación, metálica, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2530	Incrustación, metálica, tres o más superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2542	Sobreincrustación, metálica, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2543	Sobreincrustación, metálica, tres superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2544	Sobreincrustación, metálica, cuatro o más superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2610	Incrustación, porcelana/ cerámica, una superficie	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2620	Incrustación, porcelana/ cerámica, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2642	Sobreincrustación, porcelana/cerámica, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2643	Sobreincrustación, porcelana/cerámica, tres superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D2644	Sobreincrustación, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2650	Incrustación, compuesto a base de resina, una superficie	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2651	Incrustación, compuesto a base de resina, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2652	Incrustación, compuesto a base de resina, tres o más superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2662	Sobreincrustación, compuesto a base de resina, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2663	Sobreincrustación, compuesto a base de resina, tres superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2664	Sobreincrustación, compuesto a base de resina, cuatro o más superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32) / Superficie (O/B/L/I/F/M/D)
D2710	Corona, compuesto a base de resina (indirecto)	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2712	Corona, ¾ compuesto a base de resina (indirecto)	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2720	Corona: resina con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2722	Corona: resina con metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2740	Corona: porcelana/cerámica	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2750	Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2751	Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2752	Corona: porcelana fundida sobre metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2753	Corona: porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2780	Corona: 3/4 colada con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2781	Corona: 3/4 colada con predominio de metal básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2782	Corona: 3/4 colada en metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2790	Corona: colada completa con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2791	Corona: colada completa con predominio de metal básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2792	Corona: colada completa de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D2794	Corona: titanio y aleaciones de titanio	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2799	Corona provisoria, tratamiento adicional o finalización de diagnóstico necesario antes de impresión final	Todos los dientes permanentes (#1-32) // Cualquier diente (posterior o anterior), generalmente se usa para una corona moldeada completa cuando el material o tipo específico no figura en otros códigos.
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones, sobreincrustaciones, carillas o restauración de cobertura parcial	Todos los dientes primarios (#A-T) y permanentes (#1-32) Previamente Cementado
D2915	Recementado o readhesión de perno y muñón indirectamente fabricados o prefabricados	Todos los dientes primarios (#A-T) y permanentes (#1-32) Previamente Cementado
D2920	Recementado o readhesión de corona	Todos los dientes primarios (#A-T) y permanentes (#1-32) Previamente Cementado
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	Todos los dientes primarios (#A-T)
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2932	Corona de resina prefabricada	Todos los dientes primarios (#A-T) y permanentes (#1-32)
D2940	Colocación de restauración provisoria directa	Todos los dientes primarios (#A-T) y permanentes (#1-32)
D2950	Reconstrucción del núcleo, incluidos los pines cuando sea necesario	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2951	Retención de pines, por diente, además de la restauración	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2952	Perno y núcleo además de la corona, fabricados indirectamente	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2954	Perno y núcleo prefabricados además de la corona	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D2962	Carilla labial (laminado de porcelana), indirecta	Dientes permanentes anteriores (Maxilar 6/7/8/9/10/11 - Mandibular 22/23/24/25/26/27)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D2971	Procedimientos adicionales para adaptar una corona y ajustarla a la estructura de una dentadura parcial existente	Todos los dientes primarios (#A-T); permanentes (#1-32) // Se utiliza para cualquier diente que requiera una corona temporal, a menudo después de una fractura. El diente puede ser anterior o posterior dependiendo de la situación clínica.
D2980	Reparación de corona necesaria por fallas del material de restauración	Todos los dientes primarios (#A-T); permanentes (#1-32) // Se aplica a un diente con una corona existente que requiere reparación. Esto podría ser en cualquier diente, tanto anterior como posterior.
D2999	Procedimiento restaurativo no especificado, por informe	Todos los dientes primarios (#A-T); permanentes (#1-32) // Este es un código general para procedimientos restaurativos no especificados que podrían aplicarse a cualquier diente dependiendo de la naturaleza específica del tratamiento que se esté realizando.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias:

American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) Council on Clinical Affairs. Pediatric Restorative Dentistry. Revised 2022. Accessed June 20, 2025. Available at URL address: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_restorativedent.pdf

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Christensen G.J. (2006, December). *Are Veneers Conservative Treatment?* The Journal of American Dental Association (JADA). 137 (12) 1721-1723. Accessed June 10,2024. Available at URL address: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)64803-0/abstract

Christensen G.J. (2008, May). *Considering Tooth-Colored Inlays and Onlays Versus Crowns.* The Journal of American Dental Association (JADA), 139 (5) 617-620. Accessed June 12,2024. Available at URL address: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)64028-9/abstract

Christensen G.J. (2007, January). *When is a full-crown restoration indicated?* The Journal of American Dental Association (JADA), 138 (1) 101-103. Accessed June 5, 2024. Available at URL address: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)61098-9/abstract

Christensen G.J. (1996, September). *When to use fillers, Build-Ups or Posts and Cores.* The Journal of American Dental Association (JADA). 127 (9) 1397-1398. Accessed June 7,2024. Available at URL address: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(15)61445-3/abstract

Glossary of Prosthodontics Terms, 10th edition, 2023.

Goodacre C.J., Bernal G., Rungcharassaeng K., Kan J.Y. (2003, July) *Clinical Complications in fixed prosthodontics*. The Journal of Prosthodontics Dentistry (JPD). 90 (1) 31-41. Accessed March 14, 2025. Available URL address: https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(03)00214-2/abstract

Mark A.M. (2021, December). *Wearing a Crown.* The Journal of American Dental Association (JADA), 152 (12) 1060. Accessed June 6, 2024. Available at URL address: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(21)00616-4/fulltext

Türp J.C., Gobetti J.P. (1996, October). *The Cracked Tooth Syndrome: An Elusive Diagnosis.* The Journal of American Dental Association (JADA). 127 (10) 1502-1507. Accessed June 7,2024. Available at URL address: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(15)61211-9/abstract

Veneers. (sf.) American Dental Association (ADA). Mouth Healthy. Accessed June 6, 2024. Available at URL address: https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/veneers

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Warmling P.G., Soares de Arruda J., Santos T., Roberti L., De Almeida J. (2024, May/June). T*etracycline staining of the dentition: a review of the literature and report of a clinical case.* Journal of the Academy of General Dentistry. 72 (3) 42-48. Available at URL address: https://www.agd.org/docs/default-source/general-dentistry/genden_garcia_mj2024.pdf?sfvrsn=15e5f12f_0

What are Crowns? (2022, January). Know Your teeth. Accessed June 6, 2024. Available at URL address: https://knowyourteeth.com/infobites/abc/article/?abc=w&iid=301&aid=1204

American Association of Endodontists. (n.d.). "Guidelines for the treatment of traumatic dental injuries". https://www.aae.org/

Walton, R. E. Vertical root fracture. "Journal of the American Dental Association" (JADA) Accessed June 2026.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios restaurativos y el racional clínico de NetClaim.
9/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
9/24/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante.	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
6/23/2025	Actualización de la documentación para coronas, se añadió nueva sección y referencias	Se añadió otro tipo de radiografía principal, ejemplos de diferentes tipos de patología y se añadió nueva sección "Coronas de Resina Prefabricada" y las referencias.
8/4/2025	Inclusion de nueva opcion de radiografia alterna en Coronas.	Se incluye la radiografia panoramica de alta definicion.
06/11/2026	Referencias actualizadas	ADA 2026

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

06/11/2026	Nueva contraindicación	**Se añadió un escenario adicional de contraindicación para servicios de coronas y se actualizaron las referencias.**

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Endodoncia

Descripción

Los servicios de endodoncia abarcan una serie de procedimientos especializados destinados a diagnosticar, tratar y preservar la salud de la pulpa dental y los tejidos que rodean las raíces de los dientes.

El tratamiento endodóntico es necesario cuando la pulpa dental (tejido blando dentro del diente que contiene nervios, vasos sanguíneos y tejido conectivo) se infecta, inflama o sufre una lesión. Algunas de las situaciones más comunes que requieren tratamiento endodóntico incluyen: caries profundas, traumatismos dentales, abscesos, obturaciones profundas, pulpitis, decoloración dental, dolor persistente y dientes agrietados.

En resumen, el tratamiento endodóntico se realiza cuando la pulpa dental está comprometida debido a una infección, inflamación o lesión. Su objetivo es salvar el diente natural eliminando la pulpa enferma, limpiando los conductos radiculares y sellando el diente para evitar futuras infecciones.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Tratamiento de conducto: Procedimiento para tratar enfermedades y lesiones de la pulpa y condiciones periradiculares asociadas. (ADA)

Conducto radicular: Parte de la cavidad pulpar dentro de la raíz de un diente, que contiene la pulpa. (ADA)

Pulpitis: Inflamación de la pulpa dental. (ADA)

Caries: Término general para referirse a lesiones cariosas en un diente; descomposición de la estructura dental. (ADA)

Retratamiento de conducto: Procedimiento para remover los materiales de obturación del conducto radicular, seguido de limpieza, remodelación y nueva obturación. (AAE)

Absceso: Inflamación localizada, aguda o crónica, que generalmente incluye una acumulación de pus, asociada con destrucción tisular y con frecuencia hinchazón. Usualmente secundaria a una infección.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Códigos Dentales: Endodoncia D3000 – D3999

Códigos de Procedimiento Específicos: **Retratamiento de Conducto (D3346 – D3348)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical que incluya la estructura del diente y el área apical donde se pueda visualizar cualquier patología presente.

Requisitos Adicionales:

Narrativa clínica:

1. En un retratamiento de un conducto radicular previo, especificando la necesidad clínica del procedimiento.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Los retratamientos de conducto radicular están indicados cuando:

1. El diente sigue presentando síntomas como dolor, hinchazón o sensibilidad al calor/frío, a pesar de haber recibido un tratamiento de conducto inicial.
2. Se desarrollan nuevas patologías, como caries, fracturas o perforaciones en un diente previamente tratado con endodoncia.
3. Hubo errores durante el tratamiento de conducto inicial que requieren corrección.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Los retratamientos de conducto NO están indicados cuando:

1. Hay pérdida significativa de la estructura dental debido a caries, tratamientos previos o fracturas, lo que hace que el diente no sea restaurable, incluso después del retratamiento.
2. El diente tiene enfermedad periodontal avanzada, lo que afecta su estabilidad y pronóstico, reduciendo la probabilidad de éxito del retratamiento.
3. El paciente no cumple con una adecuada higiene oral o el seguimiento necesario, lo que afecta el éxito del procedimiento.
4. Si el diente no puede restaurarse funcional y estéticamente después del retratamiento, una extracción puede ser la opción más adecuada.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

- **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
- **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
- **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Diente/ Arco/ Superficie
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (excluida la restauración final)	Todos los dientes primarios #A-T; Permanente #1-32 con pequeñas áreas de exposición pulpar
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (excepto la restauración final)	Todos los dientes primarios #A-T; Permanente #1-32 con caries profunda cerca de la pulpa
D3220	Pulpotomía terapéutica (excepto la restauración final), remoción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	Todos los dientes primarios #A-T; Los permanentes #1-32 con infección pulpar se limitan a la porción coronal
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	Todos los dientes primarios #A-T; Permanente #1-32
D3230	Pulpotomía parcial para la apexogénesis, diente permanente con desarrollo radicular incompleto	Incisivos primarios y caninos (superiores C/D/E/F/G/H - inferiores M/N/O/P/Q/R)
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), anterior, diente primario (excepto la restauración final)	Primer y segundo molar primario (UR A/B - UL I/J - UL K/L - LR S/T)
D3310	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), posterior, diente primario (excepto la restauración final)	Dientes anteriores permanentes (superiores 6/7/8/9/10/11 - inferiores 22/23/24/25/26/27)
D3320	Terapia endodóntica, diente anterior (excepto la restauración final)	Dientes Premolares (Bicúspides) Permanentes (UR 4/5 - UL 12/13 - LL 20/21 - LR 28/29)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D3330	Terapia endodóntica, diente premolar (excepto la restauración final)	Dientes Molares Permanentes (UR 1/2/3 - UL 14/15/16 - LL 17/18/19 - LR 30/31/32)
D3333	Reparación radicular interna de defectos de perforación	Dientes Permanentes se refiere a un tratamiento de conducto para un molar (UR 1/2/3 - UL 14/15/16 - LL 17/18/19 - LR 30/31/32)
D3346	Nuevo tratamiento de la terapia de conducto radicular previa, anterior	Dientes Anteriores Permanentes previamente tratados con tratamiento de canal (Superior 6/7/8/9/10/11 - Inferior 22/23/24/25/26/27)
D3347	Nuevo tratamiento de la terapia de conducto radicular previa, premolar	Dientes Premolares Permanentes previamente tratados con tratamiento de canal (UR 4/5 - UL 12/13 - LL 20/21 - LR 28/29)
D3348	Nuevo tratamiento de la terapia de conducto radicular previa, molar	Dientes Molares Permanentes previamente tratados con tratamiento de canal (UR 1/2/3 - UL 14/15/16 - LL 17/18/19 - LR 30/31/32)
D3351	Apexificación/recalcificación, primera visita (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción de raíz, etc.)	Todos los Dientes Permanentes #1-32 con pulpa no vital, típicamente en dientes inmaduros
D3352	Apexificación/recalcificación, sustitución de medicación provisoria	Todos los Dientes Permanentes #1-32 con pulpa no vital, típicamente en dientes inmaduros
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final (incluye la terapia de conducto radicular finalizada: cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción de raíz, etc.)	Todos los Dientes Permanentes #1-32 con pulpa no vital, típicamente en dientes inmaduros, para procedimientos endodónticos regenerativos
D3410	Apicectomía, anterior	Dientes Anteriores Permanentes que requieren la extracción quirúrgica del ápice radicular (Superior 6/7/8/9/10/11 - Inferior 22/23/24/25/26/27)
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	Dientes Premolares Permanentes que requieren la extracción quirúrgica del ápice radicular (UR 4/5 - UL 12/13 - LL 20/21 - LR 28/29)
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	Dientes Molares Permanentes que requieren la extracción quirúrgica del ápice radicular (UR 1/2/3 - UL 14/15/16 - LL 17/18/19 - LR 30/31/32)
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	Todos los Dientes Permanentes #1-32 que requieren apicectomía en una raíz adicional

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D3430	Relleno retrógrado, por raíz	Todos los Dientes Permanentes #1-32 que requieren un relleno retrógrado después de una apicectomía
D3450	Amputación de raíz, por raíz	Todos los Dientes Permanentes #1-32 que requieren resección radicular
D3920	Hemisección (incluida cualquier remoción de raíces), sin incluir la terapia de conducto radicular	Todos los Dientes Permanentes #1-32 que requieren la eliminación de una porción del diente (típicamente en dientes con múltiples raíces)
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	Todos los Dientes Permanentes #1-32 // Utilizado para cualquier procedimiento endodóntico que no se ajuste a los códigos predefinidos

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Association of Endodontists (AEE). Glossary of Endodontic Terms, 10th edition, 2020.

American Association of Endodontists (AAE). Guide to Clinical Endodontics, 6th edition. 2013. Accessed June 7,2024. Available at URL address: https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/guide-clinical-endodontics/

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association (ADA) Glossary of Clinical Terms.

Azim, A.A. (2021, June). *Is Retreatment Always Necessary Before Endodontic Surgery?* American Associations of Endodontists. Accessed June 7,2024. Available at URL address: https://www.aae.org/specialty/is-retreatment-always-necessary-before-endodontic-surgery/

Root Canals. Mouth Healthy. American Dental Association (ADA). Accessed June 6, 2024. Available at URL address: https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/root-canals

When Is Endodontic Retreatment Needed? (2023, January 9). Colgate. Accessed June 16, 2024. Available at URL address: https://www.colgate.com/en-us/oral-health/root-canals/when-is-endodontic-retreatment-needed

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios endodónticos y el racional clínico de NetClaim.
09/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
9/24/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
10/2/2025	Actualización de requisitos	Se remueve la frase “si aplica” de los requerimientos de documentación.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Periodoncia

Descripción

Los servicios periodontales abarcan una variedad de tratamientos y medidas preventivas dirigidas a mantener la salud de las estructuras de soporte de los dientes, incluyendo las encías, el hueso alveolar y los ligamentos periodontales. Estos servicios son fundamentales para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades periodontales, las cuales pueden tener un impacto significativo en la salud oral general.

Los tratamientos periodontales son necesarios en diversas circunstancias para abordar y controlar condiciones que afectan las estructuras de soporte de los dientes, especialmente las encías, los ligamentos periodontales y el hueso alveolar.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Gingivectomía: Extirpación o eliminación del tejido gingival. (ADA)

Gingivoplastia: Procedimiento quirúrgico para remodelar la encía. (ADA)

Gingivitis: Inflamación del tejido gingival sin pérdida del tejido conectivo. (ADA)

Injerto: Fragmento de tejido o material aloplástico colocado en contacto con un tejido para reparar un defecto o suplir una deficiencia. (ADA)

Alargamiento de corona: Procedimiento quirúrgico para exponer más estructura dental con fines restaurativos, mediante el reposicionamiento apical del margen gingival y la remoción de hueso de soporte. (ADA)

Cirugía ósea: Procedimiento quirúrgico destinado a lograr una salud periodontal a largo plazo mediante osteoplastia u ostectomía, con el fin de remodelar y recontornear el hueso alveolar, obteniendo una forma fisiológica adecuada del hueso y los tejidos blandos suprayacentes. (AAP)

Raspado (Scaling): Eliminación de placa bacteriana, cálculo (sarro) y manchas de la superficie de los dientes. (ADA)

Alisado radicular (Root Planing): Procedimiento diseñado para eliminar cemento o dentina superficial que esté áspera, impregnada con cálculo o contaminada con toxinas o microorganismos. (AAP)

Periodontitis: Inflamación y pérdida del tejido conectivo de las estructuras de soporte o circundantes del diente, con pérdida de inserción. (ADA)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Códigos Dentales: Periodoncia D4000 – D4999

Códigos de Procedimiento Específicos: **Gingivectomía / Gingivoplastia (D4210 – D4211)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical del área afectada o radiografía panorámica de alta calidad.

Requisitos Adicionales:

1. Gráfico periodontal de 6 puntos por diente realizado dentro de los 6 meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

Exista una condición de tejido blando que requiera el procedimiento periodontal.

Se debe proporcionar una fotografía cuando:

1. Las radiografías no demuestren claramente la necesidad del tratamiento.
2. Se necesite evidenciar la condición del tejido blando para el procedimiento solicitado.

Relevo de Responsabilidad:
NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Indicaciones para Gingivectomía / Gingivoplastía:

1. Pacientes con encías inflamadas, agrandadas o hinchadas.
2. Bolsas periodontales profundas (mayores a 4-5 mm) que no se reducen después de un tratamiento no quirúrgico.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

3. Exceso de tejido gingival que interfiere con funciones orales normales.
4. Exceso de tejido gingival que genera una sonrisa gingival o una línea de encía irregular.

Contraindicaciones para Gingivectomía / Gingivoplastia:

1. Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas (diabetes, hipertensión, trastornos de coagulación).
2. Pacientes con mala higiene oral.
3. Casos de periodontitis severa con pérdida ósea extensa.
4. Cuando los tratamientos no quirúrgicos (como raspado y alisado radicular) pueden solucionar el problema adecuadamente.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Colgajo Gingival con Alisado Radicular (D4240 – D4241)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical que incluya la estructura completa y el área apical del diente o radiografía panorámica de alta calidad.

Requisitos Adicionales (si aplica):

1. Gráfico periodontal de 6 puntos por diente realizado dentro de los 6 meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. Sea necesario describir la presencia de desbridamiento en la superficie radicular y tejido de granulación.
2. Se necesite determinar la presencia de un diente agrietado o raíz fracturada.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Indicaciones para Colgajo Gingival con Alisado Radicular:

1. Bolsas periodontales mayores a 5 mm que no pueden limpiarse adecuadamente con tratamientos no quirúrgicos.
2. Eliminación de placa bacteriana y cálculo en las superficies radiculares.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

3. Remodelación del hueso alveolar para reducir defectos óseos y mejorar el mantenimiento periodontal.
4. Procedimientos que incluyen injertos óseos y membranas de regeneración tisular guiada para estimular el nuevo crecimiento del hueso y del ligamento periodontal.
5. Mejoras estéticas en contorno gingival para optimizar la apariencia de la sonrisa.

Contraindicaciones para Colgajo Gingival con Alisado Radicular:

1. Insuficiencia de encía adherida.
2. Infecciones activas.
3. Enfermedades sistémicas no controladas.
4. Mala higiene oral.
5. Pérdida ósea extensa.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Colgajo de Posición Apical (D4245)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

- **Radiografía periapical** de alta calidad que muestre el diente desde la región coronal hasta el ápice radicular, tomada dentro de los **seis (6) meses previos** a la fecha de la solicitud de autorización.

Requisitos Adicionales:

1. **Fotografías clínicas.**
2. **Narrativo clínico** que describa el objetivo clínico del procedimiento de colgajo (flap).
3. **Periodontograma (charting periodontal)** actualizado.

Requisitos Clínicos:

El Colgajo de Posición Apical (D4245) está indicado para:

- Preservación de la encía queratinizada adherida durante procedimientos quirúrgicos periodontales.
- Como complemento de la cirugía de resección ósea para el manejo de bolsas periodontales.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

- Durante la segunda fase de cirugía de implantes, cuando la preservación del tejido queratinizado es clínicamente importante.
- Exposición quirúrgica de dientes impactados por vestibular (labial), manteniendo la encía adherida.
- Tratamiento de la peri-implantitis cuando se requiere el reposicionamiento apical del colgajo.

El Colgajo de Posición Apical (D4245) no está indicado para:

- Control inadecuado de placa o deficiente higiene oral.
- Inflamación periodontal activa no controlada o infección aguda que requiere terapia periodontal inicial previa al tratamiento quirúrgico.
- Soporte periodontal remanente insuficiente cuando el diente presenta un pronóstico desfavorable o sin expectativa razonable de conservación.
- Zonas de estética, especialmente en dientes anteriores, cuando el reposicionamiento apical pueda provocar exposición radicular excesiva, recesión gingival o resultados estéticos desfavorables.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Alargamiento de Corona (D4249)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Radiografía periapical que incluya la estructura completa y el área apical del diente.

Requisitos Adicionales:

1. Imagen fotográfica

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Indicaciones para Alargamiento de Corona:

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

1. Tratamiento de caries subgingivales o fracturas.
2. Falta de estructura dental expuesta para soporte de una corona.
3. Violación del ancho biológico.
4. Exposición de la superficie radicular para procedimientos periodontales.
5. Corrección estética de sonrisa gingival o línea de encía desigual.

Contraindicaciones para Alargamiento de Corona:

1. Dientes con soporte radicular insuficiente en el hueso.
2. Pacientes con enfermedad periodontal avanzada.
3. Pacientes con higiene oral inadecuada.
4. Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas.
5. Procedimientos realizados solo por motivos estéticos.
6. Dientes severamente desgastados.
7. Posible impacto negativo en dientes adyacentes.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Cirugía Ósea / Injerto Óseo (D4260 – D4264)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Radiografías periapicales que incluyan la estructura completa y el área apical de los dientes afectados o radiografía panorámica de alta calidad.

Requisitos Adicionales (si aplica):

1. Gráfico periodontal de 6 puntos por diente realizado dentro de los 6 meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. Sea necesario remodelar el proceso alveolar para lograr una forma fisiológica adecuada.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Indicaciones para Cirugía Ósea / Injerto Óseo:

1. Pacientes con bolsas periodontales moderadas a severas.
2. Corrección de defectos óseos como cráteres, defectos hemiseptales e interproximales, los cuales son difícil de limpiar y mantener.
3. Exposición de mayor estructura dental.
4. Estabilización de dientes móviles.

Contraindicaciones para Cirugía Ósea / Injerto Óseo:

1. Longitud radicular insuficiente.
2. Dientes no restaurables.
3. Enfermedad periodontal avanzada con pérdida ósea severa.
4. Enfermedades sistémicas no controladas.
5. Higiene oral deficiente.
6. Infección activa en el sitio del injerto.
7. Pacientes fumadores.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Regeneración Tisular Guiada con Membrana Reabsorbible (D4266-D4267)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografías periapicales que incluyan la estructura completa y el área apical de los dientes afectados o radiografía panorámica de alta calidad.

Requisitos Adicionales:

1. Periodontograma actualizado.
2. Fotografías clínicas antes y después de la colocación de la membrana.
3. Narrativo clínico que describa el tipo de defecto periodontal (defecto intraóseo, compromiso de furcación, entre otros).
4. Documentación del tipo de membrana utilizada (reabsorbible o no reabsorbible).

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:

La Regeneración Tisular Guiada con Membrana Reabsorbible (D4266-D4267) está indicada cuando:

1. Existen defectos periodontales que requieren la regeneración de hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento radicular, debido a que la cicatrización natural por sí sola es insuficiente.
2. Hay defectos de furcación Clase II en dientes con anatomía favorable donde la regeneración periodontal es clínicamente alcanzable.
3. Como complemento de la cirugía periodontal o de procedimientos de injerto óseo.
4. El paciente demuestra cumplimiento adecuado con las recomendaciones de tratamiento y mantiene una higiene oral satisfactoria.

La Regeneración Tisular Guiada con Membrana Reabsorbible (D4266-D4267) no está indicada cuando:

1. El diente presenta un pronóstico desfavorable o sin expectativa razonable de conservación.
2. Existe fractura radicular o reabsorción radicular extensa.
3. Hay control deficiente de placa bacteriana o incapacidad para mantener una higiene oral adecuada.
4. Existen condiciones sistémicas no controladas que puedan afectar negativamente la cicatrización (por ejemplo, diabetes no controlada, estados de inmunosupresión o trastornos metabólicos severos).
5. El consumo activo de tabaco o productos de nicotina puede comprometer los resultados regenerativos del tratamiento.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos de Procedimiento Específicos: **Injerto de Tejido Blando Pediculado (D4270)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

- Radiografía periapical de alta calidad que muestre el diente desde la región coronal hasta el ápice radicular, tomada dentro de los seis (6) meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.

Requisitos Adicionales (si aplica):

- Periodontograma actualizado.
- Medidas de recesión gingival en milímetros (mm).
- Ancho de la encía queratinizada y/o adherida.
- Fotografías clínicas.
- Descripción de los síntomas clínicos (sensibilidad radicular, preocupación estética o progresión)
- Narrativo clínico que explique por qué el injerto de tejido blando es médicamente necesario.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

El Injerto de Tejido Blando Pediculado (D4270) está indicado cuando:

1. Existe recesión gingival localizada con exposición de superficies radiculares.
2. Hay suficiente tejido gingival queratinizado adyacente disponible para servir como tejido donante (pedículo).
3. Se requiere cobertura radicular para reducir la sensibilidad dentinaria.
4. Es necesario aumentar el ancho de la encía adherida o queratinizada.
5. Se requiere la corrección de defectos mucogingivales localizados.
6. Prevenir la progresión de la recesión gingival en áreas con tejido circundante adecuado.
7. Se pretende mejorar la salud periodontal y la apariencia estética en defectos aislados de recesión gingival.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

8. El sitio receptor presenta un suministro sanguíneo adecuado para soportar un injerto pediculado.

El Injerto de Tejido Blando Pediculado (D4270) no está indicado cuando:

1. No existe suficiente tejido donante adyacente para la confección del colgajo pediculado.
2. Hay enfermedad periodontal activa o inflamación gingival no controlada.
3. Existe control deficiente de placa bacteriana o higiene oral inadecuada.
4. El uso intenso de tabaco o fumar puede comprometer la cicatrización y el éxito del procedimiento.
5. Existen enfermedades sistémicas no controladas que afectan la cicatrización de tejidos (por ejemplo, diabetes no controlada o estados de inmunosupresión).
6. Hay múltiples defectos de recesión gingival adyacentes que requieren una técnica alternativa de injerto.
7. El fenotipo periodontal es delgado y no puede proporcionar un soporte adecuado para un injerto pediculado.
8. El sitio receptor presenta un suministro vascular insuficiente.
9. El paciente demuestra incumplimiento de las instrucciones postoperatorias o falta de cooperación con el tratamiento.

Códigos de Procedimiento Específicos: Injerto Autógeno de Tejido Conectivo (primer diente, implante o espacio edéntulo; incluye sitio donante y sitio receptor) – D4273

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal: (per site)

Periapical radiograph with high quality of the tooth from the coronal area to the apex of the root within 6 months of the date of request for authorization

Additional Requirements:

- Periodontograma actualizado.
- Mediciones de recesión gingival expresadas en milímetros (mm).
- Ancho de la encía queratinizada y/o adherida.
- Fotografías clínicas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

- Descripción de los síntomas clínicos, tales como sensibilidad radicular, preocupación estética o progresión de la recesión gingival.
- Narrativo clínico que explique por qué el injerto autógeno de tejido conectivo es médicamente necesario.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

El Injerto Autógeno de Tejido Conectivo (D4273) está indicado cuando:

1. Existe recesión gingival con exposición de superficies radiculares que requiere injerto de tejido conectivo.
2. Se necesita cobertura radicular por razones estéticas o funcionales.
3. Existe hipersensibilidad radicular secundaria a la recesión gingival.
4. Se requiere aumentar el espesor gingival (modificación del fenotipo periodontal).
5. Es necesario incrementar el ancho de la encía adherida o queratinizada.
6. Se requiere aumento de tejido blando alrededor de dientes naturales o implantes dentales.
7. Existen deficiencias de tejido blando periimplantario.
8. Los casos presentan tejido adyacente insuficiente para la realización de un injerto pediculado.
9. Se requiere mejorar el volumen de tejido blando antes de realizar terapia restauradora o con implantes.
10. Se busca prevenir la progresión de la recesión gingival.

El Injerto Autógeno de Tejido Conectivo (D4273) no está indicado cuando:

1. Existe infección periodontal activa o enfermedad periodontal sin tratamiento.
2. Hay higiene oral deficiente o incapacidad para mantener un control adecuado de placa bacteriana.
3. El uso intenso de tabaco o fumar puede comprometer la cicatrización y la integración del injerto.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

4. Existen condiciones sistémicas no controladas que afectan negativamente la cicatrización (por ejemplo, diabetes no controlada o estados de inmunosupresión).
5. No existe tejido donante suficiente disponible en el paladar para obtener el injerto.
6. El sitio receptor presenta un suministro vascular deficiente.
7. El paciente no puede o no está dispuesto a cumplir con las instrucciones y cuidados postoperatorios.
8. Existen condiciones en las que el beneficio clínico esperado es improbable debido a una pérdida severa de inserción periodontal o a un pronóstico desfavorable del diente involucrado.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Injerto de Tejido Blando (D4277-D4278)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical que incluya la estructura completa del diente afectado y la región apical, o una radiografía panorámica de alta calidad, tomada dentro del período requerido para la evaluación clínica.

Requisitos Adicionales (si aplica):

1. Periodontograma periodontal de seis (6) puntos por diente, realizado dentro de los doce (12) meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.
2. Narrativo clínico que explique la condición existente del área específica a tratar.
3. Fotografías clínicas que demuestren la recesión del tejido blando.
4. La clasificación de Miller y/o Cairo de la recesión gingival debe documentarse en el formulario ADA (sección de observaciones) para los procedimientos D4277 y D4278.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:
Indicaciones para Injerto de Tejido Blando: 1. Encía delgada o insuficiente. 2. Exposición radicular debido a enfermedad periodontal o trauma. 3. Prevención de recesión adicional. 4. Corrección de defectos en el tejido blando. 5. Presencia de compromiso de furcación Clase II o de defectos intraóseos interproximales, cuando la evidencia clínica respalde un beneficio esperado con el tratamiento regenerativo. Contraindicaciones para Injerto de Tejido Blando: 1. Infecciones periodontales activas no controladas. 2. Higiene oral deficiente. 3. Pacientes con problemas sistémicos graves. 4. Pacientes fumadores.

Códigos de Procedimiento Específicos: Remoción de Barrera No Reabsorbible (D4286)

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:
Radiografía Principal: • Fotografía clínica de la membrana no reabsorbible en posición. **Requisitos Adicionales** 1. Fecha original del procedimiento en el que se colocó la membrana. 2. Tipo de membrana utilizada, documentando que corresponde a una membrana no reabsorbible. 3. Hallazgos clínicos que justifiquen la necesidad de remover la membrana.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

4. Notas de progreso clínico y evaluación postoperatoria correspondiente.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

La Remoción de Barrera No Reabsorbible (D4286) está indicada cuando:

1. Existe documentación de la colocación previa de una membrana de barrera no reabsorbible durante un procedimiento periodontal regenerativo que requiere su posterior remoción.
2. El fabricante o el protocolo clínico establece la necesidad de remoción quirúrgica después del período de cicatrización (generalmente entre 4 y 8 semanas).
3. La membrana se ha expuesto, contaminado, infectado o está interfiriendo con el proceso normal de cicatrización.
4. La remoción de la membrana es necesaria antes de continuar con tratamiento periodontal o terapia de implantes.

La Remoción de Barrera No Reabsorbible (D4286) no está indicada cuando:

1. Se utilizó una membrana reabsorbible durante el procedimiento regenerativo, eliminando la necesidad de remoción quirúrgica.
2. La membrana se ha degradado completamente y no existe ninguna barrera residual que requiera extracción.
3. No existe exposición de la membrana, infección, contaminación ni otra complicación relacionada que requiera intervención.
4. No existe documentación que evidencie la colocación previa de una membrana de barrera no reabsorbible durante un procedimiento periodontal regenerativo.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos de Procedimiento Específicos: Ferulización Intracoronal en Dientes Naturales o Coronas Protésicas (D4322-D4323)

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Main Radiograph Type:

Radiografía periapical de alta calidad que muestre el diente desde la región coronal hasta el ápice radicular, tomada dentro de los seis (6) meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.

Additional Requirements:

- Periodontograma actualizado.
- Clasificación de movilidad dental (Grado I, II o III).
- Evaluación oclusal que documente trauma oclusal, cuando corresponda.
- Documentación de la terapia periodontal previa y la respuesta del paciente al tratamiento, cuando aplique.
- Narrativo de necesidad médica que justifique la necesidad de la ferulización intracoronal.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

La Ferulización Intracoronal en Dientes Naturales o Coronas Protésicas (D4322-D4323) está indicada cuando:

1. Existe movilidad dental moderada a severa asociada a enfermedad periodontal.
2. Se requiere estabilización de los dientes después de terapia periodontal.
3. Es necesario proporcionar soporte a dientes con pérdida de inserción periodontal.
4. La movilidad dental afecta la función o la comodidad del paciente.
5. Los dientes requieren estabilización temporal tras trauma dental, condiciones periodontales o durante la preparación preprotésica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

La Ferulización Intracoronal en Dientes Naturales o Coronas Protésicas (D4322-D4323) no está indicada cuando:

1. Existe enfermedad periodontal activa sin tratamiento.
2. Hay higiene oral deficiente o falta de cumplimiento por parte del paciente.
3. Los dientes presentan un pronóstico periodontal desfavorable o sin expectativa razonable de conservación.
4. Existe patología endodóntica sin tratar o infección periapical activa.
5. Existe una oclusión inestable o trauma oclusal no corregido.
6. La ferulización se realiza únicamente por conveniencia del paciente o por motivos estéticos, sin necesidad funcional documentada.
7. No existe un número suficiente de dientes adyacentes estables para proporcionar soporte adecuado a la férula.
8. La movilidad dental fisiológica (primaria) no afecta la función ni la comodidad del paciente y no requiere estabilización.
9. Se busca una estabilización temporal cuando ya está planificado un tratamiento definitivo a corto plazo, salvo que exista necesidad médica documentada.
10. Los dientes a ferulizar presentan un pronóstico restaurador desfavorable debido a caries extensas, fracturas radiculares o estructura dental no restaurable.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Raspado y Alisado Radicular (D4341 – D4342)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografías periapicales que incluyan la estructura completa y el área apical de los dientes afectados o radiografía panorámica de alta calidad.

Requisitos Adicionales (si aplica):

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

1. Gráfico periodontal de 6 puntos por diente realizado dentro de los 6 meses previos a la fecha de la solicitud de autorización.

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. Exista cálculo subgingival, tejido inflamatorio y bolsas periodontales de 4 mm o más.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

El Raspado y Alisado Radicular está indicado cuando:

1. Existe enfermedad periodontal activa.
2. Se ha realizado un diagnóstico de periodontitis.
3. Hay pérdida ósea evidente en la radiografía.
4. Se observa pérdida de inserción clínica debido a la destrucción del ligamento periodontal y pérdida de soporte óseo.
5. El sondaje periodontal indica bolsas entre 4-6 mm de profundidad.

El Raspado y Alisado Radicular NO está indicado cuando:

1. El paciente no presenta bolsas periodontales (menores a 4 mm) ni signos de inflamación o pérdida ósea.
2. El paciente no mantiene una higiene oral adecuada.
3. El paciente tiene enfermedades sistémicas no controladas.
4. En casos de periodontitis avanzada con bolsas profundas superiores a 7 mm y pérdida ósea significativa.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

- **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
- **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
- **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Diente/Arco/Cuadrante
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4240	Procedimiento de colgajo quirúrgico gingival, incluido el alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4241	Procedimiento de colgajo quirúrgico gingival, incluido el alisado radicular, de uno o tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes, por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4245	Colgajo quirúrgico en posición apical	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4249	Alargamiento clínico de la corona, tejido duro	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4260	Cirugía ósea (incluido el acceso y cierre por colgajo quirúrgico), cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4261	Cirugía ósea (incluido el acceso y cierre por colgajo quirúrgico), de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4263	Injerto de sustitución ósea, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4264	Injerto de sustitución ósea, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4265	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejidos blandos y óseos, por sitio	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4266	Regeneración tisular guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D4267	Regeneración tisular guiada, dientes naturales, barrera no reabsorbible, por sitio	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pedicular	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluye los sitios quirúrgicos del donante y receptor), posición del primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4277	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) en el primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4322	Férula, intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4323	Férula, extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4341	Destartraje periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4342	Destartraje periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal integral y un diagnóstico en una visita posterior	N/A
D4910	Mantenimiento periodontal	N/A
D4920	Cambio de apósitos no programado (por otra persona que no sea el dentista tratante o su personal)	N/A
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Academy of Periodontology (AAP). Glossary of Periodontal Terms.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Dental Scaling and Root Planing Explained. (n.d.) Oral B. Accessed June 16, 2024. Available at URL address: https://oralb.com/en-us/oral-health/conditions/tartar-plaque/dental-scaling-and-root-planing-explained

Gum Surgery Types and What to Expect. (n.d.) Oral B. Accessed June 16, 2024. Available at URL address: https://oralb.com/en-us/oral-health/conditions/gums/gum-surgery-types-what-to-expect

Jewell T. *What to Expect from Gingivectomy.* (2019, May 9). Healthline. Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.healthline.com/health/dental-and-oral-health/gingivectomy

Kumar P, Vinitha B, Fathima G. *Bone grafts in dentistry*. Journal of Pharmacy & Biollied Sciences (2013, Jun), 5 (Suppl 1) S125-S127. Accessed June 6, 2024. Available at URL address: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722694/

Periodoncia. Mouth Healthy. American Dental Association (ADA). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/periodoncia

Periodontal (Gum) Disease Causes, Symptoms, and Treatment. National Institute of Dental and Craniofacial Research (2013, September). Accessed June 16, 2024. Available at URL address: https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2017-09/periodontal-disease_0.pdf

Reddy S. (2018). *Essentials of Clinical Periodontology and Periodontics.* 5th Edition. JP Medical Ltd c2018.

Sanz-Martín I, Cha JK, Yoon SW, Sanz-Sánchez I, Jung UW. *Long-term assessment of periodontal disease progression after surgical or non-surgical treatment: a systematic review*. J Periodontal Implant Sci. 2019 Apr 19;49(2):60-75. Accessed June 17, 2025. Available at URL address: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6494769/?utm_source

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Shumaker N.D., Metcalf B.T., Toscano N.T., Holtzclaw D.J. *Periodontal and Periimplant Maintenance: A Critical Factor in Long-Term Treatment Success.* (2009, September). Accessed June 17, 2025. Available at URL address: https://cdeworld.com/courses/10-periodontal-and-periimplant-maintenance-a-critical-factor-in-long-term-treatment-success?utm_source

Silver N. *Teeth Scaling: What you need to know.* (2018, November 26). Healthline. Accessed June 6, 2024. Available at URL address: https://www.healthline.com/health/dental-and-oral-health/teeth-scaling

Surgical Procedures. American Academy of Periodontology (AAP). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.perio.org/for-patients/periodontal-treatments-and-procedures/surgical-procedures/

Tatuskar P., Prakash S. *Bone Grafts in Periodontics – A Review.* CODS Journal of Dentistry (2015), 7 (2) 64-70. Accessed June 6, 2024. Available at URL address: https://www.codsjod.com/doi/CODS/pdf/10.5005/cods-7-2-64

What is a Periodontist? (s.f.) American Academy of Periodontology (AAP). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.perio.org/for-patients/what-is-a-periodontist/

What is Crown Lengthening? (2023, February 13). Colgate. Accessed June 16, 2024. Available at URL address: https://www.colgate.com/en-us/oral-health/gum-disease/crown-lengthening

Whelan C. *What to Know about Periodontal Pockets.* (2021, January 26) Healthline. Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.healthline.com/health/periodontal-pockets#The-takeaway

Reynolds, M. A., Kao, R. T., Camargo, P. M., Caton, J. G., Clem, D. S., Fiorellini, J. P., Geisinger, M. L., Mills, M. P., Nares, S., & Nevins, M. L. (2015). *Periodontal regeneration–Intrabony defects: A consensus report from the AAP Regeneration Workshop.* Journal of Periodontology, 86(Suppl.), S105–S107: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25216204/

Limiroli, E., Acerboni, A., Codari, M., & Rasperini, G. (2023). Regenerative surgery of mandibular Class II furcation defects: A comparison of two techniques in a randomized clinical trial with 3D

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

CBCT measurements at 24 months. International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, 43(1), 29–37: https://doi.org/10.11607/prd.6364

Lee, W. P., Lee, K. H., Yu, S. J., & Kim, B. O. (2021). *A retrospective comparison of 3 approaches of vestibuloplasty around mandibular molar implants: Apically positioned flap versus free gingival graft versus modified periosteal fenestration*. Journal of Periodontal & Implant Science, 51(5), 364–372. https://doi.org/10.5051/jpis.2007320366

Saad, M., Younes, J. R., & Mokbel, N. (2026). *Peri-implant soft tissue phenotype modification using free gingival graft and apically positioned flap: A case series*. Cureus, 18(1), e102201. https://doi.org/10.7759/cureus.102201

Reddy, M. S., Aichelmann-Reidy, M. E., Avila-Ortiz, G., Klokkevold, P. R., Murphy, K. G., Rosen, P. S., Schallhorn, R. G., Sculean, A., & Wang, H. L. (2015). *Periodontal regeneration: Furcation defects. A consensus report from the AAP Regeneration Workshop*. *Journal of Periodontology, 86*(2 Suppl.), S131-S133. https://doi.org/10.1902/jop.2015.140379

Torres-Solis, A. L., Aguilar-Salazar, K. E., Bojórquez-Armenta, H. A., Salas-Pacheco, S. M., García-Amador, B. A., Herrera, L., & Ramos-Herrera, Y. G. (2025). *Management of non-resorbable membrane exposure: A systematic review*. Journal of Dental Health and Oral Research, 6(2), 1–8. https://doi.org/10.46889/JDHOR.2025.6210

JIAP April 2016 - To Splint or Not to Splint_ The Current Status of Periodontal Splinting (1).pdf

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Kathariya, R., Devanoorkar, A., Golani, R., Bansal, N., Vallakatla, V., & Bhat, M. Y. S. (2016). *To splint or not to splint: The current status of periodontal splinting*. Journal of the International Academy of Periodontology, 18(2), 45–56.

https://ijclinmedcasereports.com/pdf/IJCMCR-CR-00541.pdf

Devi, P. K., Penmetsa, G. S., Pasupuleti, M. K., Gottumukkala, N. S. S., Ramesh, K. S. V., & Baipalli, V. (2023). *Modified coronally advanced tunnel technique in the treatment of multiple gingival recessions associated with and without non-carious cervical lesions: A prospective clinical study*. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 17(7), ZC05–ZC10.

Root coverage using subepithelial connective tissue graft with platelet-rich plasma in the treatment of gingival recession: A clinical study - PMC

[pmc.ncbi.nlm.nih.gov]

Srinivas, B. V. V., Rupa, N., Halini Kumari, K. V., Prasad, S. S. V., Varalakshmi, U., & Sudhakar, K. (2015). *Root coverage using subepithelial connective tissue graft with platelet-rich plasma in the treatment of gingival recession: A clinical study*. Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences, 7(Suppl. 2), S530–S538.

Zucchelli, G., Tavelli, L., McGuire, M. K., Rasperini, G., Feinberg, S. E., Wang, H. L., & Giannobile, W. V. (2020). *Autogenous soft tissue grafting for periodontal and peri-implant plastic surgical reconstruction*. Journal of Periodontology, 91(1), 9–16. https://doi.org/10.1002/JPER.19-0350

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios periodontales y el racional clínico de NetClaim.
09/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad.	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
9/24/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación.	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante.	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
6/23/2025	Actualización de los requisitos de documentación y referencias	Se incluyó el periodo/marco de tiempo valido para el gráfico periodontal en todos los servicios de periodoncia y las referencias.
06/11/2026	Referencias actualizadas	ADA 2026

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

07/16/2026	Cambios Clínicos	Se añadieron los códigos D4266-D4267 (Regeneración Tisular Guiada con Membrana Reabsorbible), incluyendo indicaciones clínicas, contraindicaciones, requisitos de documentación y criterios de revisión.
07/06/2026	Se añadió el requisito adicional #4	La clasificación de Miller de la recesión gingival debe documentarse en el formulario ADA.
7/15/2026	Nueva sección para el código D4245	Se añadieron los requisitos clínicos, indicaciones y contraindicaciones basados en el CDT Book S026.
7/15/2026	Nueva sección para los códigos D4266-D4267	Se añadieron los requisitos clínicos, indicaciones, contraindicaciones, requisitos de documentación y criterios de revisión basados en el CDT Book S026.
7/15/2026	Nueva sección para el código D4270	Se añadieron los requisitos clínicos, indicaciones y contraindicaciones basados en el CDT Book S026.
7/15/2026	Nueva sección para el código D4273	Se añadieron los requisitos clínicos, indicaciones y contraindicaciones basados en el CDT Book S026.
7/15/2026	Nueva sección actualizada para el código D4278	Se añadieron los requisitos clínicos, indicaciones y contraindicaciones basados en el CDT Book 2026.
7/15/2026	Nueva sección actualizada para el código D4286	Se añadieron los requisitos clínicos, indicaciones y contraindicaciones basados en el CDT Book 2026.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Prostodoncia Removible

Descripción

Los servicios de prótesis removibles en odontología se centran en proporcionar a los pacientes dispositivos removibles hechos a medida para reemplazar dientes perdidos y restaurar la funcionalidad oral y la estética. A diferencia de las prótesis fijas como coronas o puentes, estas pueden ser retiradas de la boca por el paciente. Estos servicios abarcan una variedad de procedimientos y tipos de prótesis adaptadas a las necesidades individuales del paciente, promoviendo la salud oral general y la calidad de vida.

Las dentaduras completas están diseñadas para reemplazar una arcada completa de dientes perdidos, ya sea en la mandíbula superior o inferior, para pacientes que han perdido todos sus dientes. Las dentaduras parciales están diseñadas para reemplazar uno o más dientes perdidos en pacientes que aún tienen algunos de sus dientes naturales. La dentadura parcial unilateral está diseñada para reemplazar uno o más dientes perdidos solo en un lado de la boca. A diferencia de las dentaduras parciales tradicionales, que abarcan ambos lados de la arcada y están soportadas por múltiples dientes, una dentadura parcial unilateral se centra en una zona específica, proporcionando una solución localizada.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Prótesis parcial removible: Una prótesis parcial removible es un reemplazo prostético de uno o más dientes perdidos que puede ser removidos por el paciente. (ADA)

Arcada dental: La estructura curva compuesta de la dentición natural y la cresta residual, o lo que queda de ella, después de la pérdida parcial o total de los dientes naturales. (ADA)

Quijada: Un término común para referirse la mandíbula. (ADA)

Dentadura: Un sustituto artificial de algunos o todos los dientes naturales y tejidos adyacentes. (ADA)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Código Dental: Prostodoncia removible D5000 – D5899

Códigos de procedimiento específicos: **Dentaduras Completas/Inmediatas (D5110 – D5140)**
Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:
Radiografía Principal: 1. Radiografía panorámica o serie de radiografías de toda la boca (36 meses o menos a la fecha de solicitud): la imagen debe permitir la visualización de las condiciones del espacio edéntulo, los dientes adyacentes (cuando sea aplicable) y la estructura ósea. Esto es para confirmar que el paciente no tiene patologías adicionales que deban ser tratadas antes del tratamiento. **Requisitos adicionales (si aplican):** **Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:** 1. Si el tratamiento prostético es la fase final del plan de tratamiento. **Relevo de Responsabilidad:** NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.
Requisitos clínicos:
Las dentaduras completas/inmediatas están indicadas: 1. Para pacientes que han perdido todos sus dientes naturales en una o ambas arcadas. 2. Cuando los dientes restantes no son restaurables debido a caries extensas, enfermedad periodontal o trauma. 3. Si se presenta un pronóstico favorable.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Las dentaduras completas/inmediatas NO están indicadas:

1. Si el paciente tiene suficientes dientes naturales sanos que pueden soportar una dentadura parcial u otros tipos de restauraciones.
2. Si la pérdida ósea severa en la mandíbula compromete la estabilidad y retención de las dentaduras completas, haciéndolas incómodas o difíciles de ajustar adecuadamente.
3. Si el paciente tiene condiciones médicas que puedan afectar el éxito y la tolerancia de las dentaduras removibles.
4. La capacidad y disposición del paciente para mantener una higiene oral adecuada y el cuidado de las dentaduras removibles.

Códigos de procedimiento específicos: **Dentaduras Parciales (D5211 – D5226)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía panorámica o serie de radiografías de toda la boca (36 meses o menos a la fecha de solicitud): la imagen debe permitir la visualización de las condiciones del espacio edéntulo, los dientes adyacentes (cuando sea aplicable) y la estructura ósea. Esto es para confirmar que el paciente no tiene patologías adicionales que deban ser tratadas antes del tratamiento.

Requisitos adicionales (si aplican):

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. Si el tratamiento prostético es la fase final del plan de tratamiento

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Las dentaduras parciales están indicadas:

1. Para pacientes que han perdido algunos, pero no todos, de sus dientes naturales en una o ambas arcadas.
2. Si se presenta un pronóstico favorable.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

3. Cuando más de un (1) diente posterior será reemplazado, excluyendo los terceros molares.
4. Los dientes de soporte están más del 50% soportados en hueso.

Las dentaduras parciales NO están indicadas:

1. Si los dientes naturales restantes no son lo suficientemente fuertes para soportar una dentadura parcial debido a caries extensas, enfermedad periodontal o problemas estructurales.
2. Pacientes que anticipan perder más dientes pronto.
3. Casos en los que la colocación de ganchos o fijaciones necesarias para dentaduras parciales es difícil debido a una posición inusual de los dientes o anatomía oral.
4. Si el paciente tiene condiciones médicas que puedan afectar el éxito y la tolerancia de las dentaduras removibles.

Códigos de procedimiento específicos: **Dentadura Unilateral (D5282 – D5286)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía panorámica o serie de radiografías de toda la boca (36 meses o menos a la fecha de solicitud): la imagen debe permitir la visualización de las condiciones del espacio edéntulo, los dientes adyacentes (cuando sea aplicable) y la estructura ósea. Esto es para confirmar que el paciente no tiene patologías adicionales que deban ser tratadas antes del tratamiento.

Requisitos adicionales (si aplican):

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. Si el tratamiento prostético es la fase final del plan de tratamiento.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos clínicos:

Las dentaduras unilaterales están indicadas:

1. Para pacientes que han perdido uno o más dientes en solo un lado de la arcada.
2. Los dientes de soporte están más del 50% soportados en hueso.
3. Cuando una dentadura parcial completa no es necesaria debido a la pérdida localizada de dientes.

Las dentaduras unilaterales NO están indicadas:

1. Si el paciente tiene dientes perdidos en ambos lados de la arcada.
2. Pacientes con pérdida generalizada de dientes en toda la boca, donde un enfoque unilateral no proporcionaría una restauración integral de las funciones de masticar y hablar.

Códigos de procedimiento específicos: Dentadura Parcial Interina, Base de Resina **(D5820 – D5821)**

Requisitos de Documentación para Establecer la Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía panorámica o serie de radiografías de toda la boca (36 meses o menos a la fecha de solicitud): la imagen debe permitir la visualización de las condiciones del espacio edéntulo, los dientes adyacentes (cuando sea aplicable) y la estructura ósea. Esto es para confirmar que el paciente no tiene patologías adicionales que deban ser tratadas antes del tratamiento.

Requisitos adicionales:

Narrativa de Necesidad Médica:

1. Narrativa clínica detallada justificando la necesidad médica de las dentaduras parciales interinas.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:

Naturaleza del Servicio:

- Es considerado temporero y no tiene la intención de ser un tratamiento permanente.
- Construido en resina acrílica sin estructura de metal fundido.
- Generalmente se utiliza durante 2 a 6 meses durante la curación del tejido o la estabilización de la planificación del tratamiento.

Dentaduras parciales interinas están indicadas:

1. Evidencia de **edentulismo** parcial que afecte la función.
2. El paciente se encuentra en una **fase de curación o de transición** (después de múltiples extracciones, cirugía periodontal u otros procedimientos pre-prostéticos).
3. Documentación de un plan de **restauración definitivo previsto** (ej: Dentadura removible parcial de metal fundido, puente fijo o implantes) que se ha pospuesto temporeramente.
4. **Radiografía panorámica o periapical** que demuestre espacios edéntulos y soporte óseo adecuado para los dientes restantes.
5. Salud periodontal y de tejido blando es **estable**; sin infección activa ni caries no tratadas.
6. La necesidad de un reemplazo provisional se justifica por concepto de **preocupaciones de habla y/o función masticatoria.**

Dentaduras parciales interinas no están indicadas:

1. No hay evidencia clínica o radiográfica que evidencie dientes faltantes que requieren el reemplazo provisional.
2. Presencia de **enfermedad periodontal activa, caries o infección oral** que contraindique la colocación de prótesis removibles.
3. No hay documentación de un plan de tratamiento futuro ni evidencia de que la prótesis sea de naturaleza transitoria.
4. Edentulismo bilateral o del arco completo que requiera desde el inicio una **dentadura definitiva o una prótesis completa final**.
5. **Bruxismo severo o apretamiento** que probablemente rompa la base de resina acrílica.
6. Solicitud duplicada de una prótesis provisional sin justificación clínica (ej: el servicio previo aún está funcional).

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

7. Solicitud basada únicamente en preferencia estética sin necesidad funcional o de rehabilitación.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

- **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
- **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
- **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Arco	Cuadrante
D5110	Dentadura completa, maxilar	Maxilar o Superior	N/A
D5120	Dentadura completa, mandibular	Mandibular o Inferior	N/A
D5130	Dentadura inmediata, maxilar	Maxilar o Superior	N/A
D5140	Dentadura inmediata, mandibular	Mandibular o Inferior	N/A
D5211	Dentadura parcial maxilar, base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	Maxilar o Superior	N/A
D5212	Dentadura parcial mandibular, base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	Mandibular o Inferior	N/A
D5213	Dentadura parcial maxilar, colada en estructura de metal con bases de resina para dentaduras (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	Maxilar o Superior	N/A
D5214	Dentadura parcial mandibular, colada en estructura de metal con bases de resina para dentaduras (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	Mandibular o Inferior	N/A
D5225	Dentadura parcial maxilar, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	Maxilar o Superior	N/A
D5226	Dentadura parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	Mandibular o Inferior	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D5282	Dentadura parcial unilateral removible, colada en metal de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	Maxilar o Superior	N/A
D5283	Dentadura parcial unilateral removible, colada en metal de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	Mandibular o Inferior	N/A
D5284	Dentadura parcial unilateral removible, base flexible de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	Consultar la regla especifica del cliente (por arco)	Consultar la regla especifica del cliente (por arco)
D5286	Dentadura parcial unilateral removible, resina de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), por cuadrante	Consultar la regla especifica del cliente (por arco)	Consultar la regla especifica del cliente (por arco)
D5820	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención\ganchos, soportes y dientes), maxilar	Maxilar o Superior	N/A
D5821	Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención\ganchos, soportes y dientes), mandibular	Mandibular o Inferior	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Abdulwaheed A. (2022, May 6). *Complete Dentures.* Medscape. Accessed June 22, 2024. Available at URL address: https://emedicine.medscape.com/article/2066046-overview?reg=1&icd=login_success_email_match_fpf#a2

Campbell S.D., Cooper L., Craddock H., Hyde P., Nattress B., Seymour D.W. (2017, September). *Removable Partial Dentures: The Clinical need for Innovation.* The Journal of Prosthetic Dentistry (JPD). 118 (3) 273-280. Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.thejpd.org/article/S0022-3913(17)30073-2/pdf

Dentures. (n.d.) MouthHealthy (ADA). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/dentures/

Dentures Partial. (n.d.) MouthHealthy (ADA). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/dentures-partial/

DiTolla M. (2008, April 17). *Valplast Clinical Indications.* Glidewell Dental. Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://glidewelldental.com/education/chairside-magazine/volume-3-issue-1/valplast-clinical-indications

Goodall, W., Greer, A. & Martin, N. (2017). *Unilateral Removable Partial Dentures*. British Dental Journal (BDJ) 222, 79–84. Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.70

Types of Removable Partial Dentures to Consider. (2023, January 9). Colgate. Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.colgate.com/en-us/oral-health/dentures/types-of-removable-partial-dentures-to-complete-your-smile

Zhao J., Wang X. (2014) *Dental Prostheses.* Elsevier eBooks (23-49). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/complete-denture

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Carr, A. B., & Brown, D. T. (2021). *McCracken's Removable Partial Prosthodontics* (14th ed.). Elsevier.

Phoenix, R. D., Cagna, D. R., & DeFreest, C. F. (2018). *Stewart's Clinical Removable Partial Prosthodontics* (5th ed.). Quintessence Publishing.

Feinberg, E. (2008). Diagnosis and treatment planning for partially edentulous patients. *Journal of Prosthetic Dentistry, 99*(4), 261–268. https://doi.org/10.1016/S0022-3913(08)60057-3

Owen, C. P. (2010). Guidelines for the use of transitional removable partial dentures. *International Journal of Prosthodontics*, 23(6), 521–528.

Zarb, G. A., Hobkirk, J., Eckert, S., & Jacob, R. (2013). *Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant-Supported Prostheses* (13th ed.). Elsevier.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios de prostodoncia removible y el racional clínico de NetClaim.
09/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad.	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
9/24/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
6/23/2025	Actualización de requerimientos en códigos de CDT	Se modifico el arco o cuadrante aplicable para los servicios D5284 y D5286.
10/2/2025	Actualización en requerimientos de radiografía	Se incluye mas claridad sobre el tiempo de la radiografia a 36 meses o menos.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

11/12/2025	Nueva sección añadida	Servicios D5820 y D5821 para dentaduras parciales interinas fueron añadidos al documento. Las referencias y la tabla de códigos fueron actualizadas de igual forma.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Implantes

Descripción

Los servicios de implantes dentales son procedimientos especializados para reemplazar dientes perdidos, proporcionando una solución duradera y de aspecto natural que mejora tanto la funcionalidad como la estética. Los implantes dentales son raíces artificiales hechas de materiales biocompatibles, generalmente titanio, que se colocan quirúrgicamente en el hueso de la mandíbula.

Estos implantes proporcionan una base estable para dientes de reemplazo fijos o removibles diseñados para coincidir con los dientes naturales. El procedimiento involucra múltiples etapas, incluida la evaluación inicial, la colocación quirúrgica, la curación y la colocación final de la prótesis, todo diseñado para garantizar los mejores resultados para cada paciente.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Implante: Material insertado o injertado en el tejido. (ADA)

Implante dental: Un dispositivo diseñado especialmente para ser colocado quirúrgicamente dentro o sobre el hueso mandibular o maxilar como medio para proporcionar ubicación y soporte para una prótesis dental de reemplazo. (ADA)

Pilar del implante: El componente que se coloca entre el cuerpo del implante (también conocido como poste del implante) y la prótesis restaurativa (por ejemplo, corona individual; dentadura). (ADA)

Adjunto: Un dispositivo mecánico para la fijación, retención y estabilización de una prótesis. (AP)

Implante osteointegrado: Una relación física y funcional directa entre el hueso orgánico viable y la superficie externa de un implante estacionario y resistente a la carga, según se observa bajo un microscopio óptico. (JOI)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Código Dental: Implantes D6000 – D6199

Códigos de Procedimiento Específicos: **Implantes (D6010 – D6011)**
Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Radiografía periapical, radiografía panorámica o CT de haz cónico (12 meses o menos de la fecha de solicitud) que muestre toda la estructura ósea y el espacio edéntulo donde se pretende colocar el implante.

Requisitos adicionales (si aplica):

Se debe proporcionar el plan de tratamiento o una narrativa clínica cuando:

1. Código Fase 1 D6010 – describiendo el plan de tratamiento completo y el implante a utilizar (función prostética, marca, tipo y tamaño del implante planificado). Cualquier cambio en la marca, tipo y tamaño durante el procedimiento quirúrgico no afectara el pago durante el proceso de reclamaciones.
2. Código Fase 2 D6011 – debe incluir la fecha de colocación quirúrgica del implante.
3. Si el tratamiento protésico es la fase final de un plan de tratamiento.
4. Cuando el plan de tratamiento incluye un reemplazo de puente fijo.

Consideraciones Especiales:

1. El paciente debe ser mayor de 18 años y no estar embarazada.
2. Todos los sitios de extracciones para implantes deben estar cicatrizados y radiopacos.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:
Los implantes están indicados: 1. El paciente debe estar generalmente en buen estado de salud. 2. Debe haber al menos 1.5 a 2 mm de espacio interdentario entre los implantes dentales y los dientes naturales para mantener la salud y la forma periodontal. 3. Debe haber al menos 3 mm de espacio entre implante e implante. 4. Se autorizarán cuatro (4) implantes dentales por arcada para el paciente parcialmente edéntulo; para el paciente completamente edéntulo, cuatro (4) en el maxilar y dos (2) en la mandíbula. Cuando falten más de cuatro (4) dientes en la misma arcada bilateralmente, se debe considerar una dentadura parcial removible como una alternativa de beneficio. **(Validar los beneficios aprobados del plan antes de prestar los servicios)** Los implantes NO están indicados: 1. Los implantes dentales no son médicamente apropiados para el reemplazo de los terceros molares (1, 16, 17 y 32). 2. Los implantes dentales que fallen no serán reemplazados. 3. Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas. 4. Pacientes con mala higiene oral y enfermedad periodontal. 5. Pacientes con volumen o densidad ósea insuficientes. 6. Abuso activo de sustancias, incluido el alcohol. 7. Casos en los que la restauración propuesta no contribuiría a una oclusión funcional (espacio no funcional / ausencia de diente antagonista).
Códigos de Procedimiento Específicos: **Pilares & Coronas Sencillas o Retenedoras Pilar/Implanto Soportada (D6056-D6088; D6094; D6097:D6099; D6121-D6123; D6195)**
Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:
Radiografía Principal: Radiografía periapical o Panorámica de alta calidad que muestre el implante osteointegrado, debe realizarse hasta 30 días antes del envío de la pre-autorización.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos adicionales:

1. Si el implante fue colocado bajo otro plan dental deberá enviar la fecha de colocación del implante.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Indicaciones para una Corona Sencilla o Retenedora Pilar/Implanto Soportada:

1. El paciente ha perdido un diente debido a un traumatismo, caries u otros factores.
2. El implante se ha integrado completamente con el hueso, lo cual suele tardar entre 3 y 6 meses, dependiendo de la calidad ósea y la ubicación.
3. Los tejidos gingivales circundantes deben estar sanos para garantizar un soporte adecuado y una estética óptima.
4. La corona debe alinearse correctamente con la dentición opuesta para evitar estrés excesivo sobre el implante.
5. Los implantes dentales deben ser reevaluados mediante radiografías intraorales o tomografías computarizadas (CT scans) antes de autorizar la colocación de pilares o coronas, generalmente entre tres y seis meses después de la colocación del implante.
6. Una vez colocados los pilares o coronas, se debe revisar una radiografía intraoral final o una tomografía computarizada.

Contraindicaciones para una Corona Sencilla o Retenedora Pilar/Implanto Soportada:

1. No se ha cumplido el tiempo necesario para la osteointegración.
2. Si la osteointegración está incompleta, la estabilidad del implante puede verse comprometida.
3. Presencia de mucositis periimplantaria o periimplantitis.
4. Carga oclusal inadecuada.
5. Tejido gingival insuficiente o mal contorneado.
6. Aflojamiento del tornillo del pilar o angulación incorrecta del implante.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos de Procedimiento Específicos: **Corona Interina sobre Implantes (D6085)**

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Narrativa Clínica:

1. Narrativa que describa la condición actual del periodo de cicatrización para sustentar la necesidad médica del uso de un dispositivo provisional antes de la fabricación y colocación de la prótesis definitiva.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Las Coronas Interinas sobre Implantes están indicadas cuando:

1. Protección del Sitio del Implante – Protege el sitio quirúrgico de la contaminación bacteriana y del trauma mecánico mientras ocurre la cicatrización ósea y la maduración de los tejidos blandos.
2. Mantenimiento del Perfil de Emergencia y Contornos del Tejido – Preserva la arquitectura gingival y el perfil de emergencia, especialmente crítico en la zona estética, para guiar una cicatrización óptima de los tejidos blandos.
3. Mantenimiento del Espacio y Soporte Oclusal – Mantiene estable el espacio edéntulo, previene la supra erupción de dientes antagonistas y conserva la dimensión vertical oclusal hasta la restauración definitiva.
4. Función, Fonética y Estética – Restaura la función masticatoria y el habla, y ofrece una solución estética para pacientes que se sienten incómodos con un espacio edéntulo durante la fase de cicatrización.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Las Coronas Interinas sobre Implantes no están indicadas cuando:

1. Higiene Oral Deficiente – Pacientes que no puedan mantener una higiene oral meticulosa alrededor de la corona provisional tienen mayor riesgo de mucositis o periimplantitis; la carga definitiva debe posponerse hasta que se garantice una adecuada higiene.
2. Infección Activa o Patología de Tejidos Blandos no tratada – No debe colocarse una provisional durante el periodo de cicatrización si existe inflamación periimplantaria activa, hipertrofia de tejidos blandos o profundidad vestibular insuficiente que requiera corrección quirúrgica previa.
3. Esta corona no está destinada a ser utilizada como corona provisional o temporera.

Códigos de Procedimiento Específicos: Reparación de Prótesis Soportada por Implantes o Aditamentos (D6090)

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Radiografía periapical o radiografía panorámica de alta calidad que muestre el implante en posición.

Requisitos Adicionales:

1. Narrativo de necesidad médica que justifique la reparación de la prótesis soportada por implante o aditamento.
2. Descripción detallada de la falla, daño o complicación que requiere la reparación.
3. Fotografías clínicas del área afectada, cuando estén disponibles.
4. Documentación del tipo de prótesis y componentes involucrados en la reparación.
5. Historial del tratamiento restaurador o protésico relacionado con el implante, cuando aplique.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:

La Reparación de Prótesis Soportada por Implantes o Aditamentos (D6090) está indicada cuando:

1. Existe fractura de porcelana en la prótesis soportada por implante.
2. Hay un armazón (framework) fracturado o dañado que requiere reparación.
3. Se requiere la reparación o reemplazo de componentes protésicos para restablecer la función de la prótesis.
4. Es necesaria una reparación de laboratorio de una prótesis soportada por implantes.
5. Se requiere restaurar la función debido a desgaste, fractura o daño accidental.
6. Se necesita modificar la prótesis para restablecer el ajuste adecuado o la oclusión como parte del procedimiento de reparación.

La Reparación de Prótesis Soportada por Implantes o Aditamentos (D6090) no está indicada cuando:

1. El servicio corresponde únicamente a mantenimiento rutinario o limpieza (D6080).
2. Solo se realiza un ajuste simple o un ajuste oclusal.
3. La corona soportada por implante únicamente requiere ser recementada o readherida (D6092).
4. Lo que requiere reparación o reemplazo es el aditamento del implante, y no la prótesis (D6095).
5. La prótesis requiere un reemplazo completo en lugar de una reparación.

Códigos de Procedimiento Específicos: Remoción del Cuerpo del Implante sin Necesidad de Remoción Ósea ni Elevación de Colgajo (D6105)

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Radiografía periapical o radiografía panorámica de alta calidad que muestre el implante que será removido.

Requisitos Adicionales

1. Narrativo de necesidad médica que justifique la remoción del implante.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

2. Descripción de los hallazgos clínicos y radiográficos que sustentan la necesidad de extracción del implante.
3. Documentación de complicaciones asociadas al implante, cuando aplique (por ejemplo, fracaso del implante, peri-implantitis, fractura o movilidad del implante).
4. Fotografías clínicas del área afectada, cuando estén disponibles.
5. Historial del tratamiento relacionado con el implante y de las intervenciones realizadas previamente para preservar su funcionalidad, cuando corresponda.

Disclaimer: NetClaim Solutions may require additional clinical information to support dental treatment claims and ensure medical necessity. This information might include, but is not limited to, detailed treatment narratives, previous treatment plans, or supporting documentation. NetClaim Solutions is committed to providing the highest quality patient care and will diligently gather any necessary information. If additional data is not readily available at the time of review, NetClaim will make the most informed decision possible based on the clinical evidence provided and established guidelines.

Requisitos Clínicos:

La Regeneración Tisular Guiada con Barrera Reabsorbible por Implante (D6106) está indicada cuando:

1. Se requiere regeneración ósea guiada (GBR) alrededor de un implante existente.
2. Se realiza tratamiento quirúrgico de peri-implantitis asociada a un defecto óseo.
3. Es necesario proteger y estabilizar el material de injerto óseo colocado alrededor de un implante.
4. Se busca promover la regeneración ósea mediante la exclusión del tejido blando del defecto.

La Regeneración Tisular Guiada con Barrera No Reabsorbible por Implante (D6107) está indicada cuando:

1. Se requiere regeneración ósea guiada con necesidad de mantenimiento prolongado del espacio regenerativo.
2. Se realiza tratamiento regenerativo de defectos óseos periimplantarios.
3. Se llevan a cabo procedimientos de injerto óseo en los cuales una membrana no reabsorbible está clínicamente indicada.
4. Se requiere el manejo de pérdida ósea periimplantaria que necesita estabilización mediante membrana.

La Regeneración Tisular Guiada con Barrera Reabsorbible por Implante (D6106) no está indicada cuando:

1. No existe un defecto óseo periimplantario que requiera la colocación de una membrana.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

2. Existe una infección no controlada que contraindica los procedimientos regenerativos.
3. No existe tejido blando suficiente para lograr un cierre primario adecuado.
4. La colocación de la membrana no es clínicamente necesaria o no está adecuadamente documentada.

La Regeneración Tisular Guiada con Barrera No Reabsorbible por Implante (D6107) no está indicada cuando:

1. No existe una indicación clínica para un procedimiento regenerativo.
2. Hay una infección activa no controlada.
3. No es posible obtener un cierre primario adecuado de los tejidos blandos.
4. El paciente no puede o no está dispuesto a regresar para la remoción de la membrana cuando sea requerida.

Códigos de Procedimiento Específicos: Regeneración Tisular Guiada con Barrera Reabsorbible/No Reabsorbible por Implante (D6106-D6107)

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Radiografía periapical o radiografía panorámica de alta definición que muestre el implante en posición.

Requisitos Adicionales

- Narrativo de necesidad médica que justifique la realización de la Regeneración Tisular Guiada con Barrera Reabsorbible o No Reabsorbible por Implante (D6106-D6107).
- Descripción del defecto óseo periimplantario y de los hallazgos clínicos relevantes.
- Documentación del procedimiento regenerativo planificado, incluyendo el tipo de membrana a utilizar (reabsorbible o no reabsorbible).
- Evidencia clínica y/o radiográfica que demuestre la necesidad de regeneración ósea alrededor del implante.
- Fotografías clínicas del área afectada, cuando estén disponibles.
- Documentación del material de injerto óseo utilizado, cuando aplique.

Disclaimer: NetClaim Solutions may require additional clinical information to support dental treatment claims and ensure medical necessity. This information might include, but is not limited to, detailed treatment narratives, previous treatment plans, or supporting documentation. NetClaim Solutions is committed to providing the highest quality patient care and will diligently gather any necessary information. If additional data is not readily available at the time of review, NetClaim will make the most informed decision possible based on the clinical evidence provided and established guidelines.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:
La Regeneración Tisular Guiada con Barrera Reabsorbible por Implante (D6106) está indicada cuando: 1. Se requiere regeneración ósea guiada (GBR) alrededor de un implante existente. 2. Se realiza el tratamiento quirúrgico de peri-implantitis asociada a un defecto óseo. 3. Es necesario proteger y estabilizar el material de injerto óseo colocado alrededor de un implante. 4. Se busca promover la regeneración ósea mediante la exclusión del tejido blando del defecto. La Regeneración Tisular Guiada con Barrera No Reabsorbible por Implante (D6107) está indicada cuando: 1. Se requiere regeneración ósea guiada con necesidad de mantener el espacio regenerativo durante un período prolongado. 2. Se realiza tratamiento regenerativo de defectos óseos periimplantarios. 3. Se llevan a cabo procedimientos de injerto óseo en los cuales una membrana no reabsorbible está clínicamente indicada. 4. Se requiere el manejo de la pérdida ósea periimplantaria mediante estabilización con membrana. La Regeneración Tisular Guiada con Barrera Reabsorbible por Implante (D6106) no está indicada cuando: 1. No existe un defecto óseo periimplantario que requiera la colocación de una membrana. 2. Existe una infección no controlada que contraindica los procedimientos regenerativos. 3. No hay tejido blando suficiente para lograr un cierre primario adecuado. 4. La colocación de la membrana no es clínicamente necesaria o no está adecuadamente documentada. La Regeneración Tisular Guiada con Barrera No Reabsorbible por Implante (D6107) no está indicada cuando: 1. No existe una indicación clínica para un procedimiento regenerativo. 2. Existe una infección activa no controlada.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

3. No es posible obtener un cierre primario adecuado de los tejidos blandos.
4. El paciente no puede o no está dispuesto a regresar para la remoción de la membrana cuando sea requerida.

Códigos de Procedimiento Específicos: **Dentaduras Soportadas por Implantes (D6110 – D6113)**

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía panorámica o de boca completa que muestre implantes osteointegrados.

Requisitos adicionales:

1. Descripción detallada del plan de tratamiento completo.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Las dentaduras soportadas por implantes están indicadas:

1. Pacientes que han perdido todos los dientes en uno o ambos arcos.
2. Pacientes que desean minimizar la pérdida ósea.
3. Pacientes cuya radiografía muestre la osteointegración del implante.

Las dentaduras soportadas por implantes NO están indicadas:

1. Pacientes con condiciones médicas no controladas.
2. Pacientes que no puedan mantener buenas prácticas de higiene oral.
3. Falta de altura o anchura ósea adecuada en la mandíbula para soportar los implantes.
4. Cuando la radiografía no muestre la osteointegración del implante.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos de Procedimiento Específicos: **Implantes Suportados (D6191 – D6192)**

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía panorámica o de boca completa que muestre implantes osteointegrados (30 días o menos a partir de la fecha de solicitud).

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Los pilares y accesorios de semiprecisión sobre implantes están indicados:

1. Cuando el paciente presenta edentulismo total o parcial y se colocan implantes para mejorar la retención de la prótesis removible.
2. Cuando el paciente presenta movilidad protésica, poca estabilidad o quejas de falta de retención.
3. El D6192 se coloca después del 6191 para adaptar la parte interna de la prótesis removible al implante. Deben someterse juntos.

Los pilares y accesorios de semiprecisión sobre implantes no están indicados:

1. Higiene bucal deficiente o incontrolada.
2. Espacio vertical limitado que impide la colocación del implante.
3. Bruxismo severo.

Códigos de Procedimiento Específicos: Reemplazo de Tornillo de Implante (D6193)

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Radiografía periapical o radiografía panorámica de alta calidad que muestre el implante en posición.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos adicionales:

Narrativo de necesidad médica que justifique el reemplazo del tornillo del implante.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

El Reemplazo de Tornillo de Implante (D6193) está indicado cuando:

1. Existe fractura del tornillo del implante.
2. Las roscas del tornillo están dañadas o desgastadas, afectando su función.
3. El tornillo no puede ser ajustado adecuadamente al torque recomendado debido a deformación o desgaste.
4. Se requiere el reemplazo de un tornillo protésico fallido para restaurar la función y estabilidad de la restauración soportada por implante.

El Reemplazo de Tornillo de Implante (D6193) no está indicado cuando:

1. Existe un tornillo aflojado que puede corregirse simplemente mediante reapriete (retorque); en estos casos debe considerarse el código D6089, cuando corresponda, en lugar de D6193.
2. El reemplazo del tornillo se realiza como parte de otro procedimiento en el que el tornillo ya está incluido dentro de la descripción del código correspondiente.
3. Existe fracaso del implante que requiere la remoción o sustitución del cuerpo del implante, y no únicamente el reemplazo del tornillo.

Códigos de Procedimiento Específicos: Reemplazo del Material Restaurador Utilizado para Cerrar la Apertura de Acceso de una Prótesis Soportada por Implante Retenida por Tornillo, por Implante (D6197)

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

Fotografía clínica de la apertura de acceso al tornillo del implante.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos adicionales:

Narrativo de necesidad médica que justifique el reemplazo del material restaurador utilizado para cerrar la apertura de acceso de una prótesis soportada por implante retenida por tornillo, por implante.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

Indicaciones para el Reemplazo del Material Restaurador Utilizado para Cerrar la Apertura de Acceso de una Prótesis Soportada por Implante Retenida por Tornillo, por Implante (D6197):

1. Pérdida, desgaste o fractura del material restaurador (por ejemplo, resina compuesta o resina) utilizado para sellar la apertura de acceso al tornillo.
2. Filtración recurrente o contaminación del canal de acceso al tornillo.
3. Reemplazo del material de sellado después de remover y reinstalar una prótesis implantosoportada retenida por tornillo para mantenimiento o reparación.
4. La apertura de acceso requiere volver a sellarse para proteger el tornillo del implante y los tejidos circundantes.

Contraindicaciones para el Reemplazo del Material Restaurador Utilizado para Cerrar la Apertura de Acceso de una Prótesis Soportada por Implante Retenida por Tornillo, por Implante (D6197):

1. Colocación inicial del material de sellado de la apertura de acceso cuando se entrega la prótesis retenida por tornillo (incluido en la prótesis original).
2. Restauraciones implantosoportadas retenidas por cemento (no existe apertura de acceso al tornillo).
3. Reparación de la prótesis implantosoportada (utilizar D6090 cuando corresponda).
4. Reemplazo del tornillo del implante (utilizar D6193).

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Guía para Determinar Fallas Clínicas de un Implante Dental

Un implante dental puede fallar debido a diversas razones, que incluyen factores biológicos, mecánicos, quirúrgicos y relacionados con el paciente, lo que puede llevar a la necesidad de proponer un nuevo tratamiento. Las principales causas son:

1. Falta de oseointegración.
2. Peri-implantitis.
3. Reabsorción ósea.
4. Factores mecánicos (sobrecarga oclusal, aflojamiento del tornillo, fractura del implante).
5. Factores Quirúrgicos (Posicionamiento incorrecto del implante, trauma, deficiencia ósea inicial).
6. Pobre higiene oral del paciente.
7. Tabaquismo.
8. Enfermedades sistemáticas (Diabetes no controlada, osteoporosis).
9. Factores relacionados con el diseño o material del implante.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica y aplicar con precisión la cobertura dental de los Planes de Salud cuando un tratamiento falle. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

1. **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
2. **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
3. **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Diente	Arco
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteal	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo del implante (cirugía de segunda fase en implantes)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6056	Pilar prefabricado, incluye modificaciones y colocación	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6057	Pilar fabricado a medida, incluye colocación	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6058	Corona de porcelana/cerámica sujeta por pilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal (alto contenido de metal noble) sujeta por pilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal (con predominio de metal básico) sujeta por pilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal (metal noble) sujeta por pilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6062	Corona colada en metal (alto contenido de metal noble) sujeta por pilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6063	Corona colada en metal (con predominio de metal básico) sujeta por pilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6064	Corona colada en metal (metal noble) sujeta por pilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6065	Corona de porcelana/cerámica sujeta por implante	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D6066	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6067	Corona sujeta por implante, aleaciones con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6068	Retenedor de porcelana/cerámica sujeta por pilar para una PPF	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6069	Retenedor de porcelana fundida sobre metal sujeto por pilar para una PPF (alto contenido de metal noble)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6070	Retenedor de porcelana fundida sobre metal sujeto por pilar para una PPF (predominio de metal básico)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6071	Retenedor de porcelana fundida sobre metal sujeto por pilar para una PPF (metal noble)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6072	Retenedor colado en metal sujeto por pilar para una PPF (alto contenido de metal noble)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6073	Retenedor colado en metal sujeto por pilar para una PPF (predominio de metal básico)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6074	Retenedor colado en metal sujeto por pilar para una PPF (metal noble)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6075	Retenedor de cerámica sujeto por implante para una PPF	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6076	Retenedor sujeto por implante para una PPF, porcelana fundida sobre aleaciones con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6077	Retenedor de metal sujeto por implante para una PPF, aleaciones con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6085	Corona de implante provisoria	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6094	Corona sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6105	Remoción del cuerpo del implante sin necesidad de remoción ósea ni elevación de colgajo	Todos los dientes permanentes #1-32	N/A
D6106	Regeneración tisular guiada con barrera reabsorbible por implante	Todos los dientes permanentes #1-32	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D6110	Regeneración tisular guiada con barrera no reabsorbible por implante	Todos los dientes permanentes #1-32	N/A
D6110	Dentadura removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo, maxilar	N/A	Maxilar o Superior
D6111	Dentadura removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo, mandibular	N/A	Mandibular o Inferior
D6112	Dentadura removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, maxilar	N/A	Maxilar o Superior
D6113	Dentadura removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo, mandibular	N/A	Mandibular o Inferior
D6120	Retenedor Soportado por Implante en Porcelana Fundida a Titanio	Todos los dientes permanentes #1-32	N/A
D6191	Pilar de semiprecisión, colocación	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6192	Accesorio de semiprecisión, colocación	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A
D6197	Reemplazo del Material Restaurador Utilizado para Cerrar una Apertura de Acceso de una Prótesis Soportada por Implante Retenida por Tornillo, por Implante (D6197)	Todos los dientes permanentes #1-32	N/A
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Burgess J. (2022). *Dental Implant Placement.* Medscape. Accessed June 22, 2024. Available at URL address: https://emedicine.medscape.com/article/2051533-overview

Complications may be linked to abutment loss in fixed dental protheses. (n.d.) ADANews (ADA). Accessed March 14,2025. Available at URL address: https://adanews.ada.org/huddles/complications-may-be-linked-to-abutment-loss-in-fixed-dental-prostheses/

Goodacre, C. J., & Kattadiyil, M. *Restoration of the single implant* (Chap. 17). En *Single implants and their restoration: From diagnosis to maintenance*. Foundation for Oral Rehabilitation. Accessed April 30, 2025. Available at URL address: https://www.for.org/en/learn/elibrary/single-implants-and-their-restoration?chapter_1484=https%3A//www.inkling.com/read/sn_9424/chapter-17

Implants. (n.d.) MouthHealthy (ADA). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/implants

Larsson A, Manuh J, Chrcanovic BR. Risk Factors Associated with Failure and Technical Complications of Implant-Supported Single Crowns: A Retrospective Study. Medicina (Kaunas). 2023 Sep 5;59(9):1603. Accessed March 14,2025. Available at URL address: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37763722/

Montana M.S., Scruggs P.E. (n.d.) *White Paper. Definitions of Implant Dental Prostheses.* American College of Prosthodontists. Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.prosthodontics.org/assets/1/7/ACP_White_Paper-Definitions_of_Implant_Dental_Prostheses.pdf

The Journal of Implantology (JOI): Glossary of Terms 2016.

Tooth Implant Procedure: All you need to know. (2023, January 9). Colgate. Accessed June 22, 2024. Available at URL address: https://www.colgate.com/en-us/oral-health/bridges-and-crowns/tooth-implant-procedure-all-you-need-to-know

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

What are Implants- Supported Dentures? (2023, January). Colgate. Accessed June 22, 2024. Available at URL address: https://www.colgate.com/en-us/oral-health/dentures/implant-supported-denture

What is a Dental Implant? (2023, January 9). Colgate. Accessed June 22, 2024. Available at URL address: https://www.colgate.com/en-us/oral-health/implants/what-are-dental-implants

Kayser, A. F. (1981). *Shortened dental arches and oral function*. Journal of Oral Rehabilitation, 8(5), 457–462. https://doi.org/10.1111/j.1365-2842.1981.tb00519.x

Witter, D. J., van Palenstein Helderman, W. H., Creugers, N. H. J., & Käyser, A. F. (1999). *The shortened dental arch concept and its implications for oral health care*. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 27(4), 249–258. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1998.tb02018.x

Eswaran, B., et al. (2024). *Shortened Dental Arch Concept in Prosthodontics: A Review*. International Journal of Research Publication and Reviews, 5(12).

Información de Revisión

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios de implantes y el racional clínico clínica de NetClaim.
09/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
10/8/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
4/29/2025	Se elimina requisito incorrecto	Se elimina requisito incorrecto debido a un error humano involuntario.
4/30/2025	Se añade nueva sección	Se incluye sección “Corona Interina sobre Implantes” y referencias.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

6/23/2025	Se añade nueva sección, requisitos de documentación y cambios menores en la redacción	N/A
8/4/2025	Se incluye clarificación en implantes	Se incluye clarificacion sobre los cambios en plan de tratamiento y el no impacto en el pago de reclamaciones.
11/12/2025	Nuevos requerimientos y cambios mínimos en frases	Se añadió más especificidad en cuanto al tiempo de las radiografías para ciertos servicios.
06/11/2026	Nueva contraindicación	Se incorporó un escenario adicional de contraindicación para servicios de implantes Nueva contraindicación
6/11/2026	Updated references	ADA 2026

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Prostodoncia Fija

Descripción

La prostodoncia fija es una rama de la odontología restaurativa que implica la sustitución y restauración de dientes utilizando prótesis que se fijan permanentemente a los dientes existentes o a implantes dentales.

Un puente dental se utiliza para llenar el espacio creado por uno o más dientes perdidos. Un puente típicamente consiste en dos o más coronas para los dientes ubicados a ambos lados del espacio, estos dientes de anclaje se conocen como dientes pilar, y un diente o dientes falsos entre ellos. Estos dientes falsos, llamados pónticos, pueden estar hechos de oro, aleaciones, porcelana o una combinación de estos materiales. Los puentes ayudan a restaurar la capacidad de masticar y hablar, mantienen la forma de la cara, evitan que los dientes restantes se desplacen fuera de su posición y restauran la sonrisa.

Existen diferentes tipos de puentes dentales, como el puente tradicional, el puente Maryland, el puente de Cantiléver y el puente soportado por implantes.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Pilar: Un diente, una porción de un diente o esa porción de un implante dental que sirve para soportar y/o retener una prótesis. (AP)

Póntico: El término utilizado para un diente artificial en una prótesis parcial fija (puente). (ADA)

Retenedor: Cualquier tipo de dispositivo utilizado para la estabilización o retención de una prótesis. (AP)

Prótesis Parcial Fija: Un reemplazo protésico de uno o más dientes perdidos cementado o de otro modo adherido a los dientes naturales pilar o a sus reemplazos por implantes. (ADA)

Puente Maryland: Prótesis parcial fija con retenedores que están adheridos con resina a los dientes naturales que sirven como pilares. (ADA)

Extensión Cantiléver: Parte de una prótesis fija que se extiende más allá del pilar al que está adherida y no tiene soporte adicional. (ADA)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Código Dental: Prostodoncia Fija D6200 – D6999

Códigos de Procedimiento Específicos: **Prótesis Parcial Fija (FPD) (D6210 – D6794)**

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía periapical o panorámica (12 meses o menos a partir de la fecha de solicitud) que muestre toda la estructura de los dientes que se pretenden usar como retenedores, incluyendo la estructura ósea y los espacios edéntulos.

Requisitos adicionales (si aplica):

Se debe proporcionar una narrativa clínica cuando:

1. Si el tratamiento de prostodoncia fija es la fase final de un plan de tratamiento.
2. Cuando el plan de tratamiento incluya un reemplazo de puente fijo.

Se debe proporcionar una fotografía cuando:

1. En caso de que no se pueda demostrar radiográficamente la razón para el reemplazo de puentes fijos.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Requisitos Clínicos:

Las Prótesis Parciales Fijas están indicadas:

1. Cuando los dientes están demasiado dañados para rellenos, pero no perdidos.
2. Cuando uno o más dientes están perdidos y necesitan ser reemplazados.
3. Para restaurar las funciones de masticar, morder y hablar.

Las Prótesis Parciales Fijas NO están indicadas:

1. Cuando los dientes pilares están comprometidos o no pueden soportar un puente.
2. Cuando existe una enfermedad periodontal significativa que compromete las estructuras de soporte.
3. Si el paciente tiene mala higiene oral o no está dispuesto a mantener el puente adecuadamente.
4. Cuando no hay soporte óseo suficiente y el paciente no es candidato para injertos óseos o implantes.
5. Cuando existe un tratamiento menos invasivo y favorable para el paciente.

Puentes *Maryland* están indicados:

1. Reemplazo de un solo diente faltante, especialmente en la dentición anterior.
2. Pacientes jóvenes en quienes los implantes están contraindicados o se posponen.
3. Dientes pilares con esmalte sano y restauraciones mínimas.
4. Buena salud periodontal y oclusión estable.
5. Pacientes que solicitan un plan de tratamiento conservador y mínimamente invasivo.
6. Uso de una restauración temporal o provisional.

Los puentes *Maryland* no están indicados en los siguientes casos:

1. Insuficiencia de esmalte para la adhesión (restauraciones extensas, erosión).
2. Coronas clínicas cortas.
3. Enfermedad periodontal activa o mala higiene bucal.
4. Fuerzas oclusales intensas o hábitos parafuncionales (bruxismo).

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

5. Sobremordida profunda u oclusión desfavorable.
6. Reemplazo de dientes posteriores con alta carga masticatoria.

Las prótesis parciales fijas *Cantilever* están indicadas:

1. Reemplazo de un solo diente faltante cuando solo existe un pilar adecuado.
2. Dientes pilares con excelente soporte periodontal y una relación corona-raíz favorable.
3. Uso frecuente en dientes anteriores.
4. Situaciones en las que los implantes están contraindicados o el paciente los rechaza.
5. Esquema oclusal favorable con fuerzas laterales mínimas.

Las prótesis parciales fijas *Cantilever* no están indicadas:

1. Regiones posteriores con cargas oclusales elevadas.
2. Zonas edéntulas extensas.
3. Dientes con compromiso periodontal o movilidad en los pilares.
4. Control oclusal deficiente o hábitos parafuncionales.
5. Alineación dental desfavorable o soporte radicular inadecuado.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Guía para Determinar Fallas Clínicas en Prótesis Parciales Fijas

Existen razones clínicas que pueden provocar el fracaso de una prótesis parcial fija. Estas suelen estar relacionadas con factores biológicos, mecánicos o técnicos, lo que puede llevar a la necesidad de proponer un nuevo tratamiento. Estas incluyen:

1. Caries recurrentes.
2. Complicaciones asociadas a dientes tratados con endodoncia.
3. Enfermedad periodontal.
4. Fractura o infección del diente.
5. Pobre higiene oral del paciente.
6. Problemas con el material del puente. (Material débil, reacciones alérgicas).
7. Bruxismo o fuerzas masticatorias excesivas.
8. Problemas durante el procedimiento (Preparación inadecuada, márgenes deficientes).

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica y aplicar con precisión la cobertura dental de los Planes de Salud cuando un tratamiento falle. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

4. **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
5. **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
6. **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Diente/ Arco/ Cuadrante
D6210	Póntico, colado en alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6211	Póntico, colado con predominio de metal básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6212	Póntico, colado en metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6214	Póntico, titanio y aleaciones de titanio	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6240	Póntico, porcelana fundida sobre metal predominantemente noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6241	Póntico, porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6242	Póntico, porcelana fundida sobre metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6243	Póntico, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6245	Póntico, porcelana/cerámica	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6250	Póntico, resina con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6545	Retenedor, colado en metal para prótesis fija adherida con resina	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6606	Incrustación y retenedor, colados en metal noble, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6607	Incrustación y retenedor, colados en metal noble, tres o más superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6608	Sobreincrustación y retenedor, porcelana/cerámica, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D6609	Sobreincrustación y retenedor, porcelana/cerámica, tres o más superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6610	Sobreincrustación y retenedor, colados con alto contenido de metal noble, dos superficies	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6710	Corona y retenedor, compuesto a base de resina indirecta	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6720	Corona de retenedor, resina con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6740	Corona de retenedor, porcelana/cerámica	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6750	Corona de retenedor, porcelana fundida sobre metal predominantemente noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6751	Corona de retenedor, porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6752	Corona de retenedor, porcelana fundida sobre metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6753	Corona de retenedor, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6780	Corona de retenedor, 3/4 colados con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6781	Corona de retenedor, 3/4 colados en metal predominantemente básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6782	Corona de retenedor, 3/4 colados en metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6783	Corona de retenedor, 3/4 de porcelana/cerámica	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6790	Corona de retenedor, colada completa con alto contenido de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6791	Corona de retenedor, colada completa con predominio de metal básico	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6792	Corona de retenedor, colada completa de metal noble	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6794	Corona de retenedor, titanio y aleaciones de titanio	Todos los dientes permanentes (#1-32)
D6930	Recementado o readhesión de una dentadura parcial fija	Todos los dientes permanentes (#1-32) Este código se usa cuando una prótesis fija previamente colocada, como un puente, necesita ser re-cementada o re-bondeada debido a aflojamiento u otras razones.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D6980	Reparación de dentadura fija parcial necesaria por fallas del material de restauración	Todos los dientes permanentes (#1-32) Reemplazo de un diente o dientes perdidos. Este código se utiliza para documentar el reemplazo de un diente o dientes perdidos en una prótesis fija existente (como un puente).
D6999	Procedimiento protésico fijo no especificado, por reporte	Todos los dientes permanentes (#1-32) // Servicio de prostodoncia fija no especificado. Este es un código misceláneo cuando un procedimiento de prostodoncia fija no encaja en ninguna otra categoría especificada.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Academy of Prosthodontists. The Glossary of Prosthodontic Terms 2023, 10th Edition.

Libby G., Arcuri M.R., LaVelle W.E., Hebl L. (1997, August). *Longevity of fixed partial dentures*. The Journal of Prosthodontics Dentistry (JPD). 78 (2) 127-131. Accessed March 14, 2025. Available URL address: https://www.thejpd.org/article/S0022-3913%2897%2970115-X/abstract

Rosenstiel S.F., Land M.F., Fujimoto J. (2016) *Contemporary Fixed Prosthodontics*. (5th ed.). Elsevier

Shillingburg, H. T., Sather, D. A., Wilson, E. L., Cain, J. R., Mitchell, D. L., Blanco, L. J., & Kessler, J. C. (2012). *Fundamentals of fixed prosthodontics* (4th ed.). Quintessence Publishing Co., Inc.

Himmel, R., Pilo, R., Assif, D., & Aviv, I. (1992). The cantilever fixed partial denture—A literature review. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 67(4), 484–487.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios de prostodoncia fija y el racional clínico clínica de NetClaim.
09/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad.	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
10/8/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
11/12/2025	Añadir nuevo requerimiento de radiografía y cambios menores en frases	Se añadió más claridad en el tiempo esperado de las radiografías.
6/11/2026	Referencias actualizadas	ADA 2026

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cirugía Oral

Descripción

La cirugía oral es una rama especializada de la odontología que implica el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de una amplia variedad de condiciones que afectan la boca, los dientes, las encías, las mandíbulas y estructuras relacionadas. Los cirujanos orales, también conocidos como cirujanos orales y maxilofaciales, son profesionales altamente capacitados que realizan diversos procedimientos quirúrgicos para abordar tanto problemas funcionales como estéticos.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Extracción: El proceso o acto de remover un diente o partes de un diente. (ADA)

Dientes supernumerarios: Dientes adicionales que han erupcionado o no erupcionado que se parecen a los dientes de forma normal. (ADA)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Código Dental: Cirugía Oral y Maxilofacial D7000 – D7999

Códigos de Procedimiento Específicos: **Extracción D7210**

Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:

Radiografía Principal:

1. Radiografía preoperatoria periapical o de mordida extraoral diagnóstica, con alta calidad del diente desde la corona hasta el ápice de la raíz, tomada dentro de los 12 meses previos a la solicitud de autorización.

Radiografía Alternativa:

1. Radiografía panorámica de alta calidad y definición dentro de los 12 meses previos a la solicitud de la pre-autorización.

Relevo de Responsabilidad: NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.

Requisitos Clínicos:

La extracción D7210 está indicada para:

1. Lesión cariosa no restaurable.
2. Diente supernumerario.
3. Diente fracturado por debajo del nivel óseo.
4. Dolor y/o hinchazón debido a erupción impedida.
5. Pericoronitis recurrente.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

La extracción D7210 NO está indicada para:

1. Si la radiografía no muestra la necesidad del código D7210, el proveedor debe presentar el código de servicio D7140.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

1. **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
2. **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
3. **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Diente	Arco	Cuadrante
D7111	Extracción de restos coronales, diente primario	Todos los dientes primaries (#A-T)	N/A	N/A
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o remoción con fórceps)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7210	Remoción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7220	Remoción del diente afectado, tejido blando	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7230	Remoción del diente afectado, parcialmente óseo	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7240	Remoción del diente afectado, completamente óseo	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7241	Remoción del diente afectado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7250	Remoción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D7260	Cierre de fístula oroantral	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7261	Cierre primario de una perforación del seno maxilar	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7270	Reimplantación dental o estabilización del diente desplazado o expulsado de forma accidental	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7272	Trasplante de dientes (incluye reimplantación de un sitio a otro y colocación de férulas o estabilización)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7280	Exposición de un diente retenido	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar la erupción del diente afectado	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso, diente)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7286	Biopsia incisional de tejido oral-blando	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de dientes	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	N/A	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	N/A	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7320	Alveoloplastia no realizada junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	N/A	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D7321	Alveoloplastia no realizada con las extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	N/A	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7340	Vestibuloplastia, expansión de la cresta (epitelización secundaria)	N/A	Maxilar/Superior o Mandibular/ Inferior	N/A
D7350	Vestibuloplastia, expansión de la cresta (incluidos injertos de tejido blando, reimplantación muscular, revisión de la fijación del tejido blando y tratamiento del tejido hipertrofiado e hiperplásico)	N/A	Maxilar/Superior o Mandibular/ Inferior	N/A
D7471	Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	N/A	Maxilar/Superior o Mandibular/ Inferior	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7472	Remoción del toro palatino	N/A	Maxilar / Superior	Cuadrante (UR/UL)
D7473	Remoción de toro mandibular	N/A	Mandibular / Inferior	Cuadrante (LL/LR)
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7511	Incisión y drenaje del absceso, tejido blando intraoral, complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7521	Incisión y drenaje del absceso, tejido blando extraoral, complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D7550	Ostectomía parcial/sequestrectomía para remoción de hueso no vital	N/A	N/A	Cuadrante (UR/UL/LL/LR)
D7670	Alvéolo, reducción cerrada, puede incluir la estabilización de los dientes	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7671	Alvéolo, reducción abierta, puede incluir la estabilización de los dientes	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	N/A	Maxilar/Superior o Mandibular/ Inferior (bucal/lingual)	N/A
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	N/A	Maxilar/Superior o Mandibular/ Inferior	N/A
D7970	Escisión del tejido hiperplástico, por arco	N/A	Maxilar/Superior o Mandibular/ Inferior	N/A
D7971	Escisión de gingiva pericoronal	Todos los dientes permanentes (#1-32)	N/A	N/A
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe	N/A	N/A	N/A

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Conditions and Treatments. (n.d.) American College of Oral and Maxillofacial Surgeons. Accessed June 22, 2024. Available at URL address: https://www.acoms.org/page/Conditions_treatment

What is an Oral and Maxillofacial Surgeon? (n.d.) American College of Oral and Maxillofacial Surgeons. Accessed June 22, 2024. Available at URL address: https://www.acoms.org/page/What_is_an_OMS

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios de cirugía oral y el racional clínico de NetClaim.
09/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad.	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
10/24/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
10/2/2025	Actualización de requisito específico de radiografía	Se incluye una mayor especificidad en el tipo de radiografía requerida para establecer la necesidad médica.
6/11/2026	Referencias actualizadas	ADA 2026

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Servicios Complementarios

Descripción

Los servicios complementarios se refieren a tratamientos y procedimientos complementarios o adicionales proporcionados para mejorar el tratamiento primario que recibe un paciente. En el contexto de la odontología, los servicios complementarios son aquellos que apoyan, mejoran o son necesarios para el éxito de los tratamientos dentales primarios, pero no son el enfoque principal del plan de tratamiento. Estos servicios pueden ayudar en el diagnóstico, prevención y tratamiento de afecciones dentales, garantizando una atención integral al paciente.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Definiciones

Anestesia: Un procedimiento utilizado para controlar la ansiedad o el dolor del paciente durante los tratamientos dentales. La administración de anestesia está regulada por las juntas dentales estatales para garantizar su seguridad y efectividad.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Cubierta Dental

Las guías descritas en este documento no representan los beneficios aprobados por el plan. El proveedor es responsable de validar los beneficios aprobados antes de prestar los servicios.

Indicaciones y Limitaciones

Código Dental: Servicios Complementarios D9000 – D9999

Códigos de Procedimiento Específicos: **Anestesia (D9222 – D9243)**
Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica:
Narrativo Principal: 1. Narrativa que describa el código del procedimiento, los dientes afectados y la condición médica que justifica la necesidad de sedación. Esto es importante para determinar la necesidad médica. **Relevo de Responsabilidad:** NetClaim Solutions puede requerir información clínica adicional para respaldar reclamaciones de tratamiento dental y garantizar la necesidad médica. Esta información puede incluir, pero no se limita a, narrativas detalladas del tratamiento, planes de tratamiento previos o documentación de respaldo. NetClaim Solutions se compromete a proporcionar la mejor calidad de atención al paciente y recopilará diligentemente la información necesaria. Si en el momento de la revisión no hay datos adicionales disponibles, NetClaim tomará la decisión en base a la evidencia clínica proporcionada y las guías establecidas.
Requisitos Clínicos:
Indicaciones para la Anestesia: 1. Procedimientos quirúrgicos extensos o complicados 2. Discapacidad física grave 3. Complicaciones médicas documentadas 4. Problemas de manejo no controlados Contraindicaciones para la Anestesia: 1. Pacientes con condiciones médicas no controladas 2. Historial de reacciones alérgicas a anestésicos 3. Pacientes con antecedentes de abuso de drogas o alcohol 4. Trastornos graves de salud mental

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Racional Clínico

Beneficios Enfocados en la Calidad del Cuidado del Paciente:

1. **Mejor acceso a atención de calidad:** El proceso de revisión clínica de NetClaim, incluyendo estas Guías Clínicas Dentales, tiene como objetivo agilizar el acceso a procedimientos dentales necesarios. Garantiza que los afiliados reciban el tratamiento medicamente necesario para mantener una salud oral óptima.
2. **Mejora de los resultados en los pacientes:** Al definir la necesidad y los beneficios de diversos servicios restaurativos, estas guías permiten a los consultores dentales de NetClaim tomar decisiones informadas sobre cubierta. Esto se traduce directamente en mejores resultados para los pacientes a través de una atención dental integral.
3. **Enfoque holístico del bienestar:** NetClaim reconoce la relación entre la salud oral y el bienestar general. Le damos prioridad a la cubierta dental para garantizar que los afiliados logren y mantengan una salud óptima, impactando positivamente su calidad de vida.

Transparencia en la toma de decisiones:

- **Revisión basada en evidencia:** Estas guías consideran información de asociaciones dentales reconocidas junto con el criterio clínico de dentistas calificados (DMD y/o DDS) para tomar determinaciones de cubierta integral.
- **Alineación con estándares nacionales:** El marco sigue las guías de necesidad médica establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Esto garantiza que las decisiones estén alineadas con los estándares nacionales de atención médica.

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Códigos

La siguiente lista de códigos de procedimiento se proporciona con fines de referencia y de acuerdo con los requisitos establecidos en el libro de Terminología Dental Actual (CDT), publicado por la Asociación Dental Americana (ADA). El hecho de que un código aparezca en esta guía no implica que el servicio descrito esté cubierto o no cubierto. La cubierta de beneficios para los servicios se determina según el documento específico del plan de beneficios del afiliado. La inclusión de un código no garantiza el derecho a reembolso ni el pago de la reclamación. Pueden aplicarse otras políticas y guías.

Código Dental	Descripción	Diente	Arco	Cuadrante	Narrativa o Reporte
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental, por visita	N/A	N/A	N/A	N/A
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	N/A	N/A	N/A	Narrativa de Necesidad Médica
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento subsiguiente de 15 minutos	N/A	N/A	N/A	Narrativa de Necesidad Médica
D9239	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos	N/A	N/A	N/A	Narrativa de Necesidad Médica
D9243	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, cada incremento subsiguiente de 15 minutos	N/A	N/A	N/A	Narrativa de Necesidad Médica
D9410	Llamada a un centro de atención prolongada/a domicilio	N/A	N/A	N/A	Narrativa de Necesidad Médica
D9420	Llamada a un hospital o centro quirúrgico ambulatorio	N/A	N/A	N/A	Por Reporte
D9630	Fármacos o medicamentos entregados en el consultorio para uso domiciliario	N/A	N/A	N/A	Por Reporte

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	Todos los dientes Permanentes #1-32	N/A	N/A	N/A
D9930	Tratamiento de las complicaciones (posoperatorias), circunstancias inusuales, por informe	N/A	N/A	N/A	Por Reporte
D9944	Protector oclusal, aparato rígido, arco completo	N/A	Maxilar/ Superior o Mandibular/ Inferior	N/A	N/A
D9951	Ajuste oclusal, limitado	N/A	N/A	N/A	N/A
D9952	Ajuste oclusal, completo	N/A	N/A	N/A	N/A
D9995	Teleodontología, sincrónico, encuentro en tiempo real	N/A	N/A	N/A	N/A
D9996	Teleodontología, asincrónica; la información se almacena y se envía al dentista para su posterior revisión	N/A	N/A	N/A	N/A
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe	N/A	N/A	N/A	Por Reporte

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Referencias

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2024.

American Dental Association (ADA) CDT Codebook 2026.

American Dental Association Glossary of Clinical Terms.

Anesthesia and Sedation. (n.d.) MouthHealthy (ADA). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.mouthhealthy.org/all-topics-a-z/anesthesia-and-sedation/

Guideline for Use of Sedation and General Anesthesia by Dentist. (2016, October). American Dental Association (ADA). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/research/ada_sedation_use_guidelines.pdf?rev=313932b4f5eb49e491926d4feac00a14&hash=C7C55D7182C639197569D4ED8EDCDDF6

ADA Policy Statement: The Use of Sedation and General Anesthesia by Dentist. (2007). American Dental Association (ADA). Accessed June 12, 2024. Available at URL address: https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/library/oral-health-topics/ada_sedation_policy_statement.pdf?rev=1ab2f02034fb418986f60247435a8fc1&hash=BF2EEC59FDE784591231D7AFD553B6FB

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023

Información de Revisión

Fecha	Acción	Comentarios
08/01/2023	Fecha de origen de la política	
07/03/2024	Cambios clínicos	Se incluyeron las indicaciones clínicas, referencias para los servicios complementarios y el racional clínico de NetClaim.
09/18/2024	Cambio de nombre de sección y adición de relevo de responsabilidad.	Se cambió el nombre de la sección "Requisitos Generales" a "Requisitos de Documentación para Establecer Necesidad Médica" y se añadió un nuevo relevo de responsabilidad para información adicional.
10/24/2024	Rediseño de la sección para incluir especificidad de los requisitos de documentación	Se estructuraron mejor los requisitos de documentación para diferenciar entre requisitos principales y requisitos condicionados.
12/17/2024	Actualización de códigos CDT y requisitos de diente, arco o cuadrante	Se incluyeron detalles sobre los requisitos de diente, arco o cuadrante en los códigos CDT para respaldar decisiones adversas debido a falta de información.
2/25/2025	Traducción de la Guía Clínica al español	N/A
6/11/2026	Referencias actualizadas	ADA 2026

Este documento está diseñado para proporcionar orientación en la evaluación de reclamaciones y/o solicitudes de autorización previa. Las actividades de Revisión de Utilización (UR) se respaldan en políticas dentales basadas en evidencia, reconocidas a nivel nacional, junto con guías clínicas y criterios desarrollados, aprobados y publicados por la Asociación Dental Americana (ADA). Estas políticas, guías y criterios fomentan la prestación de una atención adecuada en el entorno y el momento apropiados. La cubierta específica del plan, exclusiones o limitaciones prevalecen sobre estos criterios. La información contenida en este documento es propiedad exclusiva y confidencial. El destinatario se compromete a mantener su confidencialidad. Este documento, así como la información que contiene, no podrá reproducirse ni divulgarse a terceros sin consentimiento y autorización expresa por escrito. Información Propiedad de NetClaim Solutions LLC. Copyright 2023