NetClaim Solutions
Management Services Organization

Razones de determinación de Pre-Servicio
Pre-Service Determination Reasons

ADMINISTRATIVO ..... **1 - 4**
ADMINISTRATIVE

LLAMADAS DE DIVULGACIÓN ..... **5 - 32**
OUTREACH

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS ..... **33 - 58**
COVERAGE-LIMITATIONS

CLÍNICO ..... **59 - 77**
CLINICAL

ADMINISTRATIVO
ADMINISTRATIVE

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
AD01*	Su solicitud de pre-autorización no puede ser evaluada porque en su historial de datos se identifican los mismos servicios aprobados a otro proveedor. *Your request of pre-authorization cannot be evaluated because in your data history has been identified the same services approved to another provider.* *Código de denegación inactivo desde 05/10/2024. / *Denial code inactive since 05/10/2024.*
AD02	*Su solicitud de pre-autorizacion no puede ser evaluada porque* ***SU ELEGIBILIDAD DE BENEFICIOS NO ESTA ACTIVA AL MOMENTO DE LA DETERMINACION.*** *Your request of pre-authorization cannot be evaluated because* ***YOU ARE NOT ACTIVE FOR BENEFITS AT THE MOMENT OF THE DETERMINATION.*** *Código de denegación inactivo desde 02/17/2025. / *Denial code inactive since 02/17/2025.*
AD04	Su solicitud de pre-autorizacion no puede ser evaluada porque **EL SERVICIO SOLICITADO FUE PROVISTO ANTES DE HABER SIDO PRE AUTORIZADO.** *Your requests of pre authorization cannot be evaluated because* ***THE REQUESTED SERVICE WAS PROVIDED BEFORE BEING PRE AUTHORIZED.*** *Código de denegación inactive. / *Denial code inactive.*
AD05	El proveedor o representante autorizado **SOLICITA EL RETIRO DE LA SOLICITUD** de pre autorizacion de servicios. *The provider or the authorized representative* ***REQUESTED A WITHDRAW*** *of the pre authorization of services.*
AD06	La solicitud no puede ser evaluada ya que **NUESTROS DATOS INDICAN QUE EL PACIENTE FALLECIO.** *The request of pre authorization cannot be evaluated because* ***OUR RECORDS INDICATE THE PATIENT DIED.***

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
AD07	Su solicitud de pre-autorizacion no puede ser evaluada porque en su historial de datos se identifican los mismos servicios pagados a otro proveedor. *Your request of pre-authorization cannot be evaluated because in your data history has been identified the same services were paid to another provider.* *Código de denegación inactivo desde 12/26/2024. / *Denial code inactive since 08/26/2024.*
AD08	Su solicitud de pre-autorización no puede ser evaluada porque en su historial de datos se identifican los mismos servicios pagados al mismo proveedor. *Your request of pre-autorization cannot be evaluated because in your data history has been identified the same services were paid to another provider.* *Código de denegación inactivo desde 12/26/2023. / *Denial code inactive since 08/26/2024.*
AD09*	Su solicitud de pre-autorizacion no puede ser evaluada porque en su historial de datos se identifican los mismos servicios aprobados al mismo proveedor. *Your request of pre-authorization cannot be evaluated because in your data history has been identified the same services approved to another provider.* *Código de denegación inactivo desde 12/26/2023. / *Denial code inactive since 12/26/2023.*

ADMINISTRATIVO
ADMINISTRATIVE

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
AD10*	Su solicitud de pre-autorizacion no puede ser evaluada porque en su historial de datos se identifican los servicios duplicados. *Your request of pre-authorization cannot be evaluated because in your data history has been identified the same services duplicated.* *Código de denegación inactivo desde 08/26/2024. / *Denial code inactive since 08/26/2024.*
AD11*	Su solicitud de pre-autorizacion no puede ser evaluada porque el servicio solicitado ya fue provisto antes de haber sido pre autorizado. *Your requests of pre-authorization cannot be evaluated because the requested service was provided before being pre-authorized.* *Código de denegación inactivo desde 08/26/2024. / *Denial code inactive since 08/26/2024.*
AD12	**LA PERSONA QUE HACE LA SOLICITUD NO ES UNA PARTE AUTORIZADA** y no existe un formulario de designacion de representante. ***THE PERSON REQUESTING THE SERVICE IS NOT AN AUTHORIZED PARTY** and does not exist an appointment of representative document.*
AD13*	Su solicitud de extensión de tiempo no puede ser evaluada porque existe una pre-autorización vigente / activa con más de 30 días. *Your request for an extension of time cannot be evaluated because there is an active preautorizations with more than 30 days.* *Código de denegación inactivo desde 08/26/2024. / *Denial code inactive since 08/26/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
AD14	La parte **NO REALIZO UNA SOLICITUD ORAL O ESCRITA VALIDA.** The party **FAILED TO MAKE A VALID ORAL OR WRITTEN REQUEST.**
AD15*	*Su solicitud de pre-autorización no puede ser evaluada ya que estos servicios deben facturarse a través de la cubierta médica en la forma HCFA 1500.* *Your request of pre-autorization cannot be evaluated because this service shall be billed under the medical coverage with a HCFA 1500 Form.* *Código de denegación inactivo desde 08/26/2024. */ Denial code inactive since 08/26/2024.*
AD16*	El servicio de sedacion solicitado no puede ser considerado ya que existe un procedimiento similar aprobado bajo su cubierta medica. *The sedation service requested could not be considered, due to an existing similar procedure that has been approved by medical coverage.* *Código de denegación inactivo desde 08/26/2024. */ Denial code inactive since 08/26/2024.*
AD17	El servicio de sedacion solicitado no puede ser considerado ya que **EXISTE UN PROCEDIMIENTO SIMILAR DE ANESTESIA GENERAL APROBADO BAJO SU CUBIERTA MEDICA.** *The requested sedation service cannot be considered as **THERE IS A SIMILAR APPROVED GENERAL ANESTHESIA PROCEDURE UNDER MEDICAL COVERAGE.***

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR01*	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: **Certificacion del medico primario aprobando el procedimiento solicitado**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre-authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination: P**rimary care physician certification approving the requested service**. After several attempts, we cannot establish communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* *Código de denegación inactivo desde 03/27/2024. / *Denial code inactive since 03/27/2024.*
OR02	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **RADIOGRAFIA DEL AREA DEL SERVICIO SOLICITADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **DENTAL X RAY OF THE REQUESTED SERVICE AREA**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR03	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Periodoncia, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar un **GRAFICO PERIODONTAL CON 6 MEDIDAS DE BOLSILLO POR DIENTE**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply required with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Periodontic Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **PERIODONTAL CHART WITH 6 POCKET MEASURES BY TOOTH**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR04	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **RADIOGRAFIA DENTAL DONDE SE PRESENTE UNA ANGULACION, DEFINICION Y CONTRASTE ADECUADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **DENTAL X RAY WITH THE CORRECT ANGLE, DEFINTION AND ADEQUATE CONTRAST**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR05	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **RADIOGRAFIA PERIAPICAL DONDE SE OBSERVE TODA LA ESTRUCTURA DEL DIENTE**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **PERIAPICAL X RAY, INCLUDING THE COMPLETE DENTAL STRUCTURE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR06	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **RADIOGRAFIA POST OPERATORIA QUE MUESTRE LA ENDODONCIA REALIZADA**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **POST OPERATIVE X RAY SHOWING THE ENDODONTIC PROCEDURE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR07*	*Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: Procedimiento periodontal necesita radiografias intraorales. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado.* *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination: Periodontal procedure needs intraoral X Ray to be considered. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* **Código de denegación inactivo desde 05/31/2024. / Denial code inactive since 05/31/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR08	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **UNA RADIOGRAFIA DENTAL IDENTIFICANDO EL LADO DERECHO O IZQUIERDO DE ESTA**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **RADIOGRAPHIC X-RAY IDENTIFYING ITS RIGHT OR LEFT SIDE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR09	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **UN PLAN DE TRATAMIENTO ESPECIFICO AL SERVICIO SOLICITADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **SPECIFIC TREATMENT PLAN FOR THE REQUESTED SERVICE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR10	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Periodoncia, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **RADIOGRAFIA DENTAL, GRAFICO PERIODONTAL CON 6 MEDIDAS DE BOLSILLOS Y NARRATIVO CLINICO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Periodontic Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **DENTAL X RAY, PERIODONTAL CHARTING WITH 6 POCKET MEASURE AND CLINICAL NARRATIVE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR11	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Codigos del servicio solicitado, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **NUMERO DE DIENTE DEL SERVICIO SOLICITADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines -Codes Section of the requested service, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **TOOTH NUMBER OF THE REQUESTED SERVICE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR12	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Codigos del servicio solicitado, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **ARCO DENTAL PARA EL SERVICIO SOLICITADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines -Codes Section of the requested service, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **DENTAL ARCH FOR THE REQUESTED SERVICE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR13*	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: **Narrativa clinica especifica para el procedimiento solicitado. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination: **Clinical narrative specific for the requested service. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.** After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* *Código de denegación inactivo desde 12/02/2024. / *Denial code inactive since 12/02/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR14*	*Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: Radiografias con valor diagnostico y narrativo clinico para los servicios solicitados. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado.* *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination: X Rays with diagnostic value and clinical narrative for the requested services. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* *Código de denegación inactivo desde 12/02/2024. / *Denial code inactive since 12/02/2024.*
OR15*	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: **Narrativa clinica correspondiente al codigo de servicio solicitado. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination:* ***Clinical narrative corresponding to the requested service code. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.*** *After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* *Código de denegación inactivo desde 12/02/2024. / *Denial code inactive since 12/02/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR16	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **NARRATIVO CLINICO QUE INCLUYA EL CODIGO DE PROCEDIMIENTO ESPECIFICO Y/O NUMERO DE DIENTE CON LA CONDICION MEDICA QUE JUSTIFIQUE EL REQUERIMIENTO DEL TIEMPO DE SEDACION.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **NARRATIVE INCLUDING THE SPECIFIC PROCEDURE CODE AND/OR TEETH NUMBER WITH THE MEDICAL CONDITION JUSTIFYING THE REQUIREMENT OF SEDATION TIME.** After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR17	*Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Codigos del servicio solicitado, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **CUADRANTE DENTAL PARA EL SERVICIO SOLICITADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado.* *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Code Section of the requested service, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **DENTAL QUADRANT OF THE REQUESTED SERVICE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR18	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **RADIOGRAFIA CON EL DIENTE PRESENTE Y ESPECIFICO AL SERVICIO SOLICITADO. NUESTROS RECORDS INDICAN QUE EL DIENTE SOLICITADO HA SIDO EXTRAIDO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **RADIOGRAPH WITH THE PRESENT AND SPECIFIC TOOTH FOR THE REQUESTED SERVICE. OUR RECORDS INDICATE THE REQUESTED TOOTH HAS BEING EXTRACTED**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR19	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion Codigos del servicio solicitado, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **NUMEROS DE DIENTE ESPECIFICOS AL SERVICIO SOLICITADO DE DENTADURA UNILATERAL**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Code Section of the requested service, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **SPECIFIC TOOTH NUMBER FOR THE REQUESTED SERVICE OF UNILATERAL DENTURE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR20	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **CODIGO DE SERVICIO ALINEADO CON LA DESCRIPCION DEL MISMO EN EL MANUAL DE CODIGOS DE LA ASOCIACION DENTAL AMERICANA (REVISE EL DETALLE EN LA SECCION DE INFORMACION CLINICA ADICIONAL)**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit the **SERVICE CODE ALIGNED WITH THE CODE DESCRIPTION IN THE MANUAL OF THE AMERIAN DENTAL ASSOCIATION (REVISE THE DETAIL PROVIDED IN THE ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION SECTION)**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR21	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **NOMBRE DEL PROVEEDOR QUE OFRECERA LOS SERVICIOS**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **NAME OF THE PROVIDER RENDERING THE SERVICES**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR22	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar **LA DOCUMENTACION CLINICA O NARRATIVO EN UNA FORMA LEGIBLE**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **LEGIBLE CLINICAL DOCUMENTATION OR NARRATIVE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR23*	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: **Superficie correcta del diente.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination: **Correct teeth surface.** After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* *Código de denegación inactivo desde 03/27/2024. / *Denial code inactive since 03/27/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR24	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: **INFORMACION CLINICA PROVISTA NO CONCUERDA CON EL PACIENTE INCLUIDO EN LA SOLICITUD.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination:* ***PROVIDED CLINICAL INFORMATION DOES NOT MATCH WITH THE PATIENT INCLUDED IN THE REQUEST.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR25*	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: **Plan de tratamiento periodontal (narrativa, registro periodontal y\o radiografias). Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination:* ***Periodontal treatment plan (narrative, periodontal registry and\or X Rays). This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.*** *After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* **Código de denegación inactivo desde 12/02/2024. / Denial code inactive since 12/02/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR26	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion relevante para tomar una determinacion: **INFORMACION CORRECTA DE CONTRATO DEL PROVEEDOR PARA LA FACTURACION.** Esta decision esta basada en los requisitos de pre autorizacion y/o politicas de pago establecidas por la aseguradora. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant information to make a determination: **CORRECT CONTRACTED BILLING INFORMATION.** This decision is based on the requirements and/or payment policies established by the insurer. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR27	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Codigos del servicio solicitado, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **CODIGO DE SERVICIO, VALIDO Y ACTIVO, EN EL LIBRO DE TERMINOLOGIA DENTAL ACTUAL DE LA ASOCIACION AMERICANA DENTAL**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Code Section of the requested service, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **VALID AND ACTIVE SERVICE CODE BASED ON THE CURRENT DENTAL TERMINOLOGY BOOK OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR28	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion relevante para tomar una determinacion: **Firma del proveedor en la solicitud (Forma ADA). Esta decision esta basada en los requisitos de pre autorizacion y/o politicas de pago establecidas por la aseguradora.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant information to make a determination:* ***Provider signature on the request form (ADA Form). This decision is based on the requirements and/or payment policies established by the insurer.*** *After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* **Código de denegación inactivo desde 02/17/2024. / Denial code inactive since 02/17/2024.*
OR29	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **NARRATIVO CLINICO DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR EN EL DIENTE/ARCO O CUADRANTE ANTES DEL SERVICIO SOLICITADO.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a* ***CLINICAL NARRATIVE FOR THE PROCEDURE TO BE PERFORMED IN THE TOOTH/ARCH OR QUADRANT BEFORE THE REQUESTED SERVICE.*** *After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR30	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **NARRATIVO CLINICO DE NECESIDAD MEDICA.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **MEDICAL NECESSITY CLINICAL NARRATIVE.** After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR31	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **IMAGEN FOTOGRAFICA.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Periodontic Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **PHOTO IMAGE.** After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR32*	Su solicitud de pre autorizacion no puede ser evaluada porque se requiere informacion clinica relevante para tomar una determinacion: **Radiografias con valor diagnostico no incluidas. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because is required relevant clinical information to make a determination:* ***X Rays with diagnostic value were not included. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.*** *After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.* **Código de denegación inactivo desde 12/04/2024. / Denial code inactive since 12/04/2024.*
OR33	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental del dentrograma periodontal, el cual requiere 6 medidas de bolsillo por diente, segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Periodoncia, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar un **GRAFICO PERIODONTAL, REALIZADO DENTRO DE UN PERIODO DE 6 MESES, CON 6 MEDIDAS DE BOLSILLO POR DIENTE.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria of the periodontal charting, which require 6 pocket measures per tooth, as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Periodontic Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a* ***PERIODONTAL CHARTING, COMPLETED WITHIN A 6 MONTH PERIOD, WITH 6 POCKET MEASURES PER TOOTH.*** *After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR34	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado **REVISE EL DETALLE PROVISTO EN LA SECCION DE INFORMACION CLINICA ADICIONAL DE ESTE COMUNICADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. To evaluate the service the dental office must **REVIEW THE PROVIDED DETAIL INCLUDED IN ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION SECTION OF THIS COMMUNICATION**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR35	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar el **NUMERO DE DIENTE CORRECTO PARA EL SERVICIO SOLICITADO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **THE CORRECT TOOTH NUMBER FOR THE REQUESTED SERVICE**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR36	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar un **NUMERO DE DIENTE CORRESPONDIENTE AL DE UN DIENTE SUPERNUMERARIO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **TOOTH NUMBER CORRESPONDING TO A SUPERNUMERARY TOOTH**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*
OR37	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **RADIOGRAFIA DENTAL DONDE SE MUESTRE TODA LA ESTRUCTURA DEL DIENTE/LOS DIENTES INCLUYENDO EL APICE.** Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **DENTAL X RAY SHOWING THE COMPLETE TOOTH/TEETH STRUCTURE AND ITS APICAL AREA.** After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR38	Su solicitud de preautorizacion ha sido denegada debido a que la informacion clinica provista no incluye la fecha de colocacion de los implantes, necesaria para evaluar el tiempo requerido de osteointegracion. Ademas, nuestros registros dentales no muestran un historial previo de implantes. Segun los criterios de documentacion clinica dental establecidos en las Guias Clinicas de NetClaim - Seccion de Implantes, publicadas en el sitio web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, debe enviar la **FECHA DE COLOCACION DE LOS IMPLANTES DEL SERVICIO SOLICITADO.** Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre-authorization request has been denied because the provided clinical information does not include the date of implant placement, which is required to evaluate the necessary osteointegration period. In addition, our dental records do not show any prior history of implants. As established in the NetClaim Clinical Guidelines - Implant section, published on the Plan's website. To review your request, the dental office must submit the **DATE OF IMPLANT PLACEMENT FOR THE REQUESTED SERVICE.** After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed period.*
OR39	Su solicitud de preautorizacion ha sido denegada debido a que la informacion clinica provista no cumple con la descripcion del codigo solicitado. El cuadrante evaluado no presenta cuatro (4) o mas dientes con medidas mayores de 4mm, segun los criterios de documentacion clinica dental establecidos en las Guias Clinicas de NetClaim - Seccion de Periodoncia, publicadas en el sitio web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, debe enviar el **CODIGO DE SERVICIO CORRESPONDIENTE A PROCEDIMIENTOS EN CUADRANTES CON UNO (1) A TRES (3) DIENTES Y MEDIDAS MAYORES DE 4MM QUE REQUIERAN DE ALISADO RADICULAR.** Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre-authorization request has been denied because the clinical information provided does not meet the description of the requested code. The evaluated quadrant does not include four (4) or more teeth with measurements greater than 4mm, as established in the NetClaim Clinical Guidelines - Periodontics section, published on the Plan's website. To review your request, the dental office must submit the **APPROPRIATE SERVICE CODE FOR PROCEDURES INVOLVING ONE (1) TO THREE (3) TEETH PER QUADRANT WITH MEASUREMENTS GREATER THAN 4MM REQUIRING ROOT PLANING.** After several attemps, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR40	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **DEBE INCLUIR RADIOGRAFIA PERIAPICAL O PANORAMICA DE ALTA CALIDAD QUE MUESTRE EL IMPLANTE OSTEOINTEGRADO, DEBE REALIZARSE HASTA 30 DIAS ANTES DEL ENVIO DE LA PREAUTORIZACION IDENTIFICADA CON NOMBRE Y FECHA.** Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated,* ***MUST INCLUDE HIGH-QUALITY PERIAPICAL OR PANORAMIC RADIOGRAPHY SHOWING THE OSTEOINTEGRATED IMPLANT, MUST BE PERFORMED UP TO 30 DAYS BEFORE REQUESTING AUTHORIZATION IDENTIFIED WITH NAME AND DATE.*** *After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR41	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **LA RADIOGRAFIA SOMETIDA DEBE INCLUIR EL NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE**. Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated,* ***THE SUBMITTED RADIOGRAPH MUST INCLUDE THE PATIENT S FULL NAME****. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR42	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **LA RADIOGRAFIA SOMETIDA DEBE INCLUIR LA FECHA EN QUE FUE REALIZADA**. Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated, **THE SUBMITTED RADIOGRAPH MUST INCLUDE THE DATE IT WAS PERFORMED**. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR43*	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **SE DEBE INCLUIR CON LA SOLICITUD RADIOGRAFIA PANORAMICA O SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFIAS PERIAPICALES, CON LA FECHA QUE FUE REALIZADA Y NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE**. Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated, **THE SUBMITTED RADIOGRAPH MUST BE A PANORAMIC X RAY OR A FULL MOUTH SERIES, WITH THE DATE IT WAS PERFORMED AND PATIENT S FULL NAME**. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.* **Código de denegación inactivo desde 04/14/2026. / Denial code inactive since 04/14/2026.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR44	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **SE DEBE INCLUIR PLAN DE TRATAMIENTO COMPLETO, TIPO, MARCA Y TAMAÑO DE IMPLANTE DENTAL PLANIFICADO**. Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated,* ***IT MUST INCLUDE A COMPLETE TREATMENT PLAN, TYPE, BRAND AND SIZE OF THE PLANNED DENTAL IMPLANT****. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR45	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **SE DEBE INCLUIR UNA RADIOGRAFIA PERIAPICAL O PANORAMICA O CT DE HAZ CONICO REALIZADO DENTRO DE LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE AUTORIZACION, QUE MUESTRE TODA ESTRUCTURA OSEA Y ESPACIO EDENTULO CON LA FECHA QUE FUE REALIZADA Y NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE.** Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated,* ***IT MUST INCLUDE A PERIAPICAL X RAY OR A PANORAMIC X RAY OR A CONE BEAM CT TAKEN 12 MONTHS PRIOR TO THE DATE OF THE AUTHORIZATION REQUEST, THAT SHOWS ALL THE BONE STRUCTURE AND EDENTULOUS SPACE WITH THE DATE IT WAS PERFORMED AND PATIENT S FULL NAME.*** *After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR46	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **SE DEBE INCLUIR RADIOGRAFIA PERIAPICAL TOMADA DENTRO DE UN PERIODO MENOR A DOCE (12) MESES, CON LA FECHA QUE FUE REALIZADA Y NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE**. **TAMBIEN SE ACEPTA RADIOGRAFIA DE MORDIDA EXTRAORAL O PANORAMICA DE ALTA CALIDAD.** Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated,* ***IT MUST INCLUDE A PERIAPICAL X RAY TAKEN WITHIN A PERIOD OF LESS THAN TWELVE (12) MONTHS, WITH THE DATE IT WAS PERFORMED AND PATIENT S FULL NAME. EXTRAORAL BITEWINGS OR HIGH QUALITY PANORAMIC X RAYS COULD BE ACCEPTED.*** *After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR47	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **SE DEBE INCLUIR GRAFICO PERIODONTAL, REALIZADO DENTRO DE UN PERIODO DE 12 MESES**. Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated,* ***A PERIODONTAL CHARTING, COMPLETED WITHIN A 12 MONTH PERIOD, MUST BE INCLUDED****. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR48	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **RADIOGRAFIA DEBE INCLUIR NOMBRE COMPLETO DE PACIENTE Y FECHA EN QUE FUE TOMADA**. Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated, **X RAY MUST INCLUDE PATIENT S FULL NAME AND THE DATE IT WAS CAPTURED**. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR49	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **SE DEBE INCLUIR PLAN PROSTETICO COMPLETO (RETENCION PREVISTA - ATORNILLADA O CEMENTADA; FUNCION PROSTETICA: CORONA INDIVIDUAL, PUENTE FIJO, PARCIAL IMPLANTOSOPORTADA O DENTADURA IMPLANTOSOPORTADA, ETC.) PARA EL IMPLANTE DENTAL PLANIFICADO.** Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the Plan website. In order for your request to be evaluated, **IT MUST INCLUDE THE COMPLETE PROSTHETIC TREATMENT PLAN (INTENDED RETENTION - SCREW-RETAINED OR CEMENTED; PROSTHETIC FUNCTION: SINGLE CROWN, FIXED BRIDGE, IMPLANT-SUPPORTED PARTIAL DENTURE OR IMPLANT-SUPPORTED DENTURE, ETC.) FOR THE PLANNED DENTAL IMPLANT.** After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR50	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **DEBE INCLUIR RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES QUE INCLUYAN LA ESTRUCTURA COMPLETA Y EL AREA APICAL DE LOS DIENTES AFECTADOS O RADIOGRAFIA PANORAMICA DE ALTA CALIDAD IDENTIFICADA CON NOMBRE Y FECHA.** Esta decision esta basada en los requisitos de pre-autorizacion y\o politicas de pago establecidas por la aseguradora. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because relevant information is required to make a determination:* ***IT MUST INCLUDE PERIAPICAL RADIOGRAPHS THAT INCLUDE THE COMPLETE STRUCTURE AND APICAL AREA OF THE AFFECTED TEETH OR HIGH-QUALITY PANORAMIC RADIOGRAPH IDENTIFIED WITH NAME AND DATE.*** *This decision is based on the pre-authorization requirements and\or payment policies established by the insurer. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR51	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **DEBE INCLUIR RADIOGRAFIA PANORAMICA O SERIE DE RADIOGRAFIAS DE TODA LA BOCA IDENTIFICADA CON NOMBRE Y FECHA: LA IMAGEN DEBE PERMITIR LA VISUALIZACION DE LAS CONDICIONES DEL ESPACIO EDENTULO, LOS DIENTES ADYACENTES (CUANDO SEA APLICABLE) Y LA ESTRUCTURA OSEA, REALIZADO DENTRO DE LOS 36 MESES PREVIOS A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE AUTORIZACION.** Esta decision esta basada en los requisitos de pre-autorizacion y\o politicas de pago establecidas por la aseguradora. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because relevant information is required to make a determination:* ***IT SHOULD INCLUDE A PANORAMIC RADIOGRAPH OR SERIES OF RADIOGRAPHS OF THE WHOLE MOUTH, IDENTIFIED WITH NAME AND DATE: THE IMAGE SHOULD ALLOW VISUALIZATION OF THE CONDITIONS OF THE EDENTULOUS SPACE, THE ADJACENT TEETH (WHEN APPLICABLE) AND THE BONE STRUCTURE, TAKEN WITHIN 36 MONTHS PRIOR TO THE DATE OF THE AUTHORIZATION REQUEST.*** *This decision is based on the pre-authorization requirements and\or payment policies established by the insurer. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR52	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **DEBE INCLUIR NARRATIVA QUE DESCRIBA LA CONDICION ACTUAL DEL PERIODO DE CICATRIZACION PARA SUSTENTAR LA NECESIDAD MEDICA DEL USO DE UN DISPOSITIVO PROVISIONAL ANTES DE LA FABRICACION Y COLOCACION DE LA PROTESIS DEFINITIVA.** Esta decision esta basada en los requisitos de pre-autorizacion y\o politicas de pago establecidas por la aseguradora. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because relevant information is required to make a determination:* ***IT MUST INCLUDE NARRATIVE DESCRIBING THE CURRENT CONDITION OF THE HEALING PERIOD TO SUPPORT THE MEDICAL NECESSITY FOR THE USE OF A PROVISIONAL DEVICE PRIOR TO THE FABRICATION AND PLACEMENT OF THE DEFINITIVE PROSTHESIS.*** *This decision is based on the pre-authorization requirements and\or payment policies established by the insurer. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR53	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **DEBE INCLUIR RADIOGRAFIA PERIAPICAL O PANORAMICA QUE MUESTRE TODA LA ESTRUCTURA DE LOS DIENTES QUE SE PRETENDEN USAR COMO RETENEDORES, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA OSEA Y LOS ESPACIOS EDENTULOS REALIZADO DENTRO DE LOS 12 MESES PREVIOS A LA FECHA DE LA SOLICITUD DE AUTORIZACION IDENTIFICADA CON NOMBRE Y FECHA.** Esta decision esta basada en los requisitos de pre-autorizacion y\o politicas de pago establecidas por la aseguradora. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because relevant information is required to make a determination:* ***IT MUST INCLUDE A PERIAPICAL OR PANORAMIC RADIOGRAPH THAT SHOWS THE ENTIRE STRUCTURE OF THE TEETH THAT ARE INTENDED TO BE USED AS RETAINER, INCLUDING THE BONE STRUCTURE AND THE EDENTULOUS SPACES CONDUCTED WITHIN THE 12 MONTHS PRIOR TO THE DATE OF THE AUTHORIZATION REQUEST IDENTIFIED WITH NAME AND DATE.*** *This decision is based on the pre-authorization requirements and\or payment policies established by the insurer. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR54	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **DEBE INCLUIR RADIOGRAFIA PREOPERATORIA PERIAPICAL, DE MORDIDA EXTRAORAL DIAGNOSTICA O PANORAMICA, CON ALTA CALIDAD DEL DIENTE DESDE LA CORONA HASTA EL APICE DE LA RAIZ, TOMADA DENTRO DE LOS 12 MESES PREVIOS A LA SOLICITUD DE AUTORIZACION IDENTIFICADA CON NOMBRE Y FECHA.** Esta decision esta basada en los requisitos de pre-autorizacion y\o politicas de pago establecidas por la aseguradora. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because relevant information is required to make a determination:* ***IT MUST INCLUDE PREOPERATIVE PERIAPICAL, DIAGNOSTIC OR PANORAMIC EXTRAORAL BITEWING RADIOGRAPHY, WITH HIGH QUALITY OF THE TOOTH FROM THE CROWN TO THE APEX OF THE ROOT, TAKEN WITHIN THE 12 MONTHS PRIOR TO THE AUTHORIZATION REQUEST IDENTIFIED WITH NAME AND DATE.*** *This decision is based on the pre-authorization requirements and\or payment policies established by the insurer. After several attempts, we were unable to establish communication with the dental office to obtain the necessary information, or the information was not provided within the agreed timeframe.*
OR55	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **NARRATIVO CLINICO DE NECESIDAD MEDICA DE REEMPLAZO DE CORONA**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a* ***MEDICAL NECESSITY CLINICAL NARRATIVE OF CROWN REPLACEMENT****. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
OR56	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim-Seccion de Guias Generales de Revision, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su servicio pueda ser evaluado debe enviar una **NARRATIVO CLINICO DE NECESIDAD MEDICA DE REEMPLAZO DE PUENTE FIJO**. Luego de varios intentos no pudimos contactarnos con la oficina dental para conseguir la informacion o la informacion no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre authorization request cannot be evaluated because does not comply with the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines - General Review Guidelines Section, published in the Plan website. To review the service the dental office must submit a **MEDICAL NECESSITY CLINICAL NARRATIVE OF FIXED BRIDGE REPLACEMENT**. After several attempts, we cannot established communication with the dental office to gather the information or the information was not provided on the agreed period.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO01	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE 1 SERVICIO, POR DIENTE, DE POR VIDA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF 1 SERVICE, PER TOOTH, PER LIFE.*** *For additional information, please refer to the Coverage Benefits, Dental Services section.*
CO02	*Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado.* ***EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL NUMERO DE DIENTE SOLICITADO FUE PREVIAMENTE EXTRAIDO.*** *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THE REQUESTED TOOTH NUMBER WAS PREVIOUSLY.***
CO03	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **ESTE PROCEDIMIENTO NO ESTA INCLUIDO EN SU CUBIERTA DENTAL.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THIS PROCEDURE IS NOT INCLUDED ON YOUR DENTAL PLAN COVERAGE.*** *For additional information, please refer to the Coverage Benefits, Dental Services section.*
CO04	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE 4 UNIDADES ANUALES.** Para informacion adicional, puede consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios de puentes fijos dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT REACHED THE MAXIMUM COVERAGE OF 4 PER YEAR.*** *For additional information, you can refer to the Evidence of Coverage, fixed bridges dental services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO05	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE 4 UNIDADES EN PUENTES FIJOS SOSTENIDOS CON UN MAXIMO DE 2 IMPLANTES.** Para informacion adicional, puede consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios de puentes fijos sostenidos e implantes dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT REACHED THE MAXIMUM COVERAGE OF 4 UNITS OF FIXED SUSTAINED BRIDGES WITH A MAXIMUM OF 2 IMPLANTS.*** *For additional information, you can refer to the Evidence of Coverage, fixed bridges and implants dental services section.*
CO06	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL TOPE MAXIMO MONETARIO DE SU CUBIERTA ANUAL.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied. **THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT REACHED THE MAXIMUM MONETARY CAP ON YOUR ANNUAL COVERAGE.** For additional information, please refer to the Coverage Benefits, Dental Services section.
CO07	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE 2 IMPLANTES ANUALES.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios implantes dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF 2 IMPLANTS PER YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, dental implant services section.*
CO08	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE 4 IMPLANTES ANUALES PARA PACIENTES EDENTULOS.** Para informacion adicinal, puede consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios implantes dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF 4 IMPLANTS WAS REACHED FOR EDENTULOUS PATIENTS.*** *For additional information, you can refer to the Evidence of Coverage, dental implant services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO09	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **ESTE SERVICIO SOLO ESTA CUBIERTO SI ES REALIZADO POR UN DENTISTA ESPECIALISTA EN PERIODONCIA. ESTA DECISION ESTA BASADA EN LOS ESTANDARES DE CUIDADO ESTABLECIDOS POR LA PROFESION DENTAL PARA ESTE TIPO DE SERVICIO.** Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THIS SERVICE IS ONLY COVERED IF IT IS PERFORMED BY A DENTAL SPECIALIST IN PERIODONTICS. THIS DECISION IS BASED ON THE STANDARD OF CARE ESTABLISHED WITHIN THE DENTAL PROFESSION FOR THIS TYPE OF SERVICE.*** *The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association.*
CO10	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO CADA 5 AÑOS.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE EVERY 5 YEARS.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO11	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO CADA 6 MESES.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE EVERY 6 MONTH.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO12	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO CADA 24 MESES.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios seccion de Servicios Dentales. ***After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied. THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE EVERY 24 MONTH.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO13	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL SERVICIO DENTAL SOLICITADO SERA PROVISTO POR UN PROVEEDOR NO PARTICIPANTE DEL PLAN. LUEGO DE EVALUAR NUESTRA INFORMACION DE RED DE PROVEEDORES DENTALES Y SU CUBIERTA DENTAL, SE DETERMINA QUE EL MISMO PUEDE SER PROVISTO POR UN PROVEEDOR PARTICIPANTE DEL PLAN.** Para informacion adicional, favor de hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de: Como obtener cuidado de proveedores que esten fuera de nuestra red?. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE REQUESTED DENTAL SERVICE IS GOING TO BE PROVIDED BY A NON PARTICIPANT PROVIDER. AFTER EVALUATING OUR DENTAL NETWORK INFORMATION AND YOUR DENTAL COVERAGE IT IS DETERMINED THAT THE SERVICE CAN BE PROVIDED BY A PARTICIPANT PROVIDER.*** *For additional information, please refer to the Benefit Coverage, section: How to obtain care from our of network providers?.*
CO14	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **ESTE SERVICIO SOLO ESTA CUBIERTO SI ES REALIZADO POR UN DENTISTA ESPECIALISTA EN ENDODONCIA.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THIS SERVICE IS ONLY COVERED IF IT IS PERFORMED BY A DENTAL SPECIALIST IN ENDODONTICS.*** *This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO15	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **ESTE SERVICIO SOLO ESTA CUBIERTO SI ES REALIZADO POR UN DENTISTA ESPECIALISTA EN CIRUGIA ORAL\MAXILOFACIAL.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THIS SERVICE IS ONLY COVERED IF IT IS PERFORMED BY A DENTAL SPECIALIST IN ORAL SURGERY.*** *This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association.*
CO16	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **ESTE SERVICIO SOLO ESTA CUBIERTO SI ES REALIZADO POR UN DENTISTA ESPECIALISTA EN PROSTODONCIA.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THIS SERVICE IS ONLY COVERED IF IT IS PERFORMED BY A DENTAL SPECIALIST IN PROSTHODONTICS.*** *This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO17	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL CODIGO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO NO PUEDE SER UTILIZADO PARA LA FACTURACIÓN DE CORONAS TEMPORERAS. LAS CORONAS TEMPORERAS SON SERVICIOS INCLUIDOS EN LA TARIFA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CORONAS PERMANENTES.** Esta decision esta basada en la descripcion del codigo establecida en el Manual de Codigos de la Aspociacion Americana Dental y el Manual de Politica Dental del Plan. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE REQUESTED SERVICE CODE CANNOT BE USED IN THE BILLING OF TEMPORARY CROWNS. THE TEMPORARY CROWNS ARE SERVICES INCLUDED IN THE ALLOWANCE OF THE PERMANENT CROWNS.*** *This decision is based on the code description established in the Code Manual of the Amecial Dental Association and the Plan Dental Policy Manual.*
CO18	El procedimiento de acceso quirúrgico al implante dental(segunda etapa en cirugía de implante) D6011 **FUE DENEGADO PORQUE PARA LA INTEGRACION EXITOSA DE UN IMPLANTE EN HUESO (D6010) SE NECESITA UN PERIODO DE ESPERA DE DE 3 A 6 MESES.** Esta decisión esta basada en el comunicado de regla dental "Uso Apropiado y de los Codigos de Facturacion D6010 y D6011". Para considerar el pago de este procedimiento se requiere un minimo de 3 meses de espera luego de colocacion de implante. *The procedure of dental surgical access to the implant (D6011)* ***WAS DENIED BECAUSE THE SUCCESSFUL INTEGRATION OF AN IMPLANT INTO BONE (D6010) REQUIRES A WAITING PERIOD OF 3 TO 6 MONTHS.*** *This decision is based on the dental rule statement "Appropriate Use and Billing Codes D6010 and D6011". A minimum waiting period of 3 months after implant placement is required to consider payment for this procedure.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO19	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO CADA 36 MESES.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE EVERY 36 MONTHS.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO20	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO CADA 12 MESES.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE EVERY 12 MONTH.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO21	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR CUADRANTE, POR AÑO POLIZA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE, PER QUADRANT, PER POLICY YEAR.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*
CO22	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES Y\O BASADO EN LOS SERVICIOS SOLICITADOS EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE 1 SERVICIO ANUAL.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY AND\OR THE REQUESTED SERVICES SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF 1 SERVICE PER YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, dental services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO23	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES Y\O BASADO EN LOS SERVICIOS SOLICITADOS EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE 2 SERVICIOS ANUALES.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY AND\OR THE REQUESTED SERVICES SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF 2 SERVICES PER YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, dental services section.*
CO24	El servicio dental solicitado fue denegado, **YA QUE ALCANZO EL TOPE MAXIMO DE UNIDADES PARA CORONAS Y\O PROTESIS FIJOS DE SU CUBIERTA ANUAL.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. / *The requested dental service was denied,* ***AS IT REACHED THE MAXIMUM CAP OF UNITS FOR CROWNS AND\OR FIXED PROSTHETICS ON YOUR ANNUAL COVERAGE.*** *For additional information, please refer to the Coverage Benefits, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO25	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **SE CUBRE SOLO LOS PRIMEROS QUINCE (15) MINUTOS Y UN SOLO INCREMENTO ADICIONAL DE QUINCE (15) MINUTOS PARA UN MAXIMO DE TREINTA (30) MINUTOS.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***ONLY IS COVERED THE FIRST (15) MINUTES AND ONLY ONE ADDITIONAL INCREMENT OF FIFTEEN (15) MINUTES FOR MAXIMUM OF THIRTY (30) MINUTES.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO26	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MÁXIMO DE SU CUBIERTA, UNO POR ARCO CADA 5 AÑOS.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT REACHED THE MAXIMUM OF THE COVERAGE, ONE PER ARCH EVERY 5 YEARS.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, section of Dental Benefits.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO27	El servicio dental solicitado, según establece el Manual de Proveedores, no puede ser considerado **YA QUE EL TRATAMIENTO DE CANAL INICIAL FUE REALIZADO POR EL MISMO PROVEEDOR EN UN PERIODO MENOR A UN AÑO**. *The requested dental procedure, as established in the Providers Manual, cannot be considered **DUE TO INITIAL ROOT CANAL TREATMENT WAS PERFORMED BY THE SAME PROVIDER IN LESS THAN A YEAR**.*
CO28	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL SERVICIO DENTAL SOLICITADO SERA PROVISTO POR UN PROVEEDOR NO PARTICIPANTE DEL PLAN. LUEGO DE EVALUAR NUESTRA INFORMACION DE RED DE PROVEEDORES DENTALES Y SU CUBIERTA DENTAL, SE DETERMINA QUE EL MISMO PUEDE SER PROVISTO POR UN PROVEEDOR PARTICIPANTE DEL PLAN.** Para informacion adicional, favor de hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de: Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied. **THE REQUESTED DENTAL SERVICE IS GOING TO BE PROVIDED BY A NON PARTICIPANT PROVIDER. AFTER EVALUATING OUR DENTAL NETWORK INFORMATION AND YOUR DENTAL COVERAGE IT IS DETERMINED THAT THE SERVICE CAN BE PROVIDED BY A PARTICIPANT PROVIDER.** For additional information, please refer to the Benefit Coverage, section: Your benefits and medical costs as a plan member.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO29	El servicio dental solicitado, basado en los requisitos de pre autorizacion y\o politicas de pago establecidas por la aseguradora, **NO PUEDE SER APROBADO YA QUE EL MISMO NO ESTÁ CUBIERTO PARA LA ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR QUE LO SOLICITA.** / *The requested dental procedure, based on the requirements and\or payment policies established by the insurer,* ***CANNOT BE APPROVED SINCE IT IS NOT A COVERED FOR THE SPECIALTY OF THE PROVIDER REQUESTING IT.***
CO30	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DENTAL PRESENTA UN TRATAMIENTO FINAL DE PROSTODONCIA PREVIO. SU CUBIERTA DENTAL LIMITA CUALQUIER OTRO SERVICIO DE PROSTODONCIA.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su Cubierta, seccion de Servicios Dentales. *After evaluating the information provided, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL HISTORY PRESENTS A PREVIOUS FINAL PROSTHODONTIC TREATMENT. YOUR DENTAL COVERAGE LIMITS ANY OTHER PROSTHODONTIC SERVICES.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO31	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE UN SERVICIO DE CORONA EN EL DIENTE SOLICITADO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL LIMITA SERVICIOS DE PUENTES FIJOS E IMPLANTES POR UN PERIODO DE 5 AÑOS.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT A CROWN SERVICE IN THE REQUESTED TOOTH WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE LIMITS FIXED PROSTHESES AND IMPLANTS FOR A 5 YEAR PERIOD.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO32	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE UN SERVICIO DE PROSTODONCIA EN EL ARCO SOLICITADO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL LIMITA CUALQUIER OTRO SERVICIO PROSTETICO POR UN PERIODO DE 5 AÑOS.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT A PROSTHETIC SERVICE IN THE REQUESTED ARCH WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN LIMITS ANY OTHER PROSTHETIC SERVICE FOR A 5 YEAR PERIOD.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO33	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES REFLEJA EL SERVICIO REALIZADO EN UN DIENTE DISTINTO, EN EL MISMO CUADRANTE SOLICITADO. EL MISMO TIENE UNA LIMITACION DE UN (1) SERVICIO POR DIENTE, DE POR VIDA Y UN (1) SERVICIO POR CUADRANTE, AL AÑO.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the information provided, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE SERVICE WAS PERFORMED IN A DIFFERENT TOOTH, IN THE SAME REQUESTED QUADRANT. THE SERVICE HAS A LIMITATION OF ONE (1) SERVICE PER TOOTH, PER LIFETIME AND ONE (1) SERVICE PER QUADRANT, PER YEAR.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, section of Dental Benefits.*
CO34	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EN LA MISMA SOLICITUD EXISTEN OTROS PROCEDIMIENTOS DE PROSTODONCIA QUE SE LIMITAN ENTRE SI.** Para informacion adicional, favor de hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After evaluating the provided information, the requested dental service was denied.* ***IN THE SAME REQUEST THERE ARE OTHER PROSTHODONTIC PROCEDURES THAT LIMIT EACH OTHER.*** *For additional information, please refer to the Benefit Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO35	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. EL HISTORIAL DE **SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE UN SERVICIO DE PROSTODONCIA EN EL ARCO SOLICITADO FUE PREVIAMENTE APROBADO Y SU CUBIERTA DENTAL LIMITA CUALQUIER OTRO SERVICIO PROSTETICO POR UN PERIODO DE 5 AÑOS.** Para información adicional, favor de hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT A PROSTHETIC SERVICE IN THE ARCH WAS PREVIOUSLY APPROVED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN LIMITS ANY OTHER PROSTHETIC SERVICE FOR A 5 YEAR PERIOD.*** *For additional informacion, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO36	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO YA FUE REALIZADO EN EL MISMO ARCO SOLICITADO. SU CUBIERTA DENTAL LIMITA ESTE SERVICIO A UNO POR ARCO, DE POR VIDA.** Para informacion adicional, favor de hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY EVIDENCE THAT THE SERVICE HAS BEEN ALREADY PERFORMED IN THE SAME ARCH. YOUR DENTAL COVERAGE LIMITS THIS SERVICE TO ONE PER ARCH, PER LIFE.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO37	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL SERVICIO SOLICITADO NO ESTA CUBIERTO EN EL DIENTE INCLUIDO.** Para informacion adicional, favor de hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested service was denied.* ***THE REQUESTED SERVICE IS NOT COVERED IN THE INCLUDED TOOTH.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO38	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE (3) IMPLANTES, (3) DIENTES, POR AÑO POLIZA.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios implantes dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF (3) IMPLANTS, (3) TOOTHS, PER POLICY YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, dental implant services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO39	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE TRES (3) CORONAS SOBRE IMPLANTES, POR AÑO POLIZA.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de coronas individuales de implantes. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF THREE (3) IMPLANT-SUPPORTED CROWNS, PER POLICY YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, individual implant supported crowns services section.*
CO40	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA PARA RESTAURACIONES FIJAS RELACIONADAS A IMPLANTES DE TRES (3) RETENDEDORES, POR AÑO POLIZA.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de prostodoncia fija. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE TO IMPLANT-RELATED FIXED PROSTHESIS RESTORATIONS OF THREE (3) RETAINERS, PER POLICY YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, fixed prosthodontics services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO41	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE TRES (3) CORONAS SOPORTADAS POR PILAR POR AÑO POLIZA.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de servicios implantes dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF THREE (3) ABUTMENT SUPPORTED CROWN, PER POLICY YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, dental implant services section.*
CO42	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DENTAL PRESENTA UN TRATAMIENTO DE CORONA PREVIO Y EXISTE EVIDENCIA CLINICA QUE DEMUESTRA QUE EL MISMO FALLO. SU CUBIERTA DENTAL LIMITA CUALQUIER OTRO NUEVO TRATAMIENTO EN UN PERIODO DE 5 AÑOS LUEGO DE LA CEMENTACION DE LA CORONA.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su Cubierta, seccion de Servicios Dentales. *After reviewing the information provided, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL HISTORY SHOWS A PRIOR CROWN TREATMENT, AND THERE IS CLINICAL EVIDENCE DEMONSTRATING THAT IT FAILED. YOUR DENTAL COVERAGE LIMITS ANY OTHER NEW TREATMENT FOR A PERIOD OF 5 YEARS AFTER THE CROWN CEMENTATION.*** *For additional information, please refer to your Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO43	Su solicitud de pre autorizacion ha sido denegada debido a que no cumple con los criterios de documentacion clinica dental requerida segun establecido en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. Para que su solicitud pueda ser evaluada, **RADIOGRAFIA PANORAMICA O SERIE DE RADIOGRAFIAS DE TODA LA BOCA IDENTIFICADA CON NOMBRE Y FECHA: LA IMAGEN DEBE PERMITIR LA VISUALIZACION DE LAS CONDICIONES DEL ESPACIO EDENTULO, LOS DIENTES ADYACENTES (CUANDO SEA APLICABLE) Y LA ESTRUCTURA OSEA, REALIZADO DENTRO DE LOS 36 MESES PREVIOS A LA FECHA DE LA SOLICITUD.** Despues de varios intentos, no pudimos contactarnos con la oficina dental para obtener la informacion, o esta no fue provista en el tiempo acordado. *Your pre-authorization request has been denied because it does not meet the required dental clinical documentation criteria as established in the NetClaim Clinical Guidelines, published on the Plan's website. For your request to be evaluated,* ***YOU MUST PROVIDE A PANORAMIC X-RAY OR A FULL MOUTH SERIES X RAYS, CLEARLY LABELED WITH NAME AND DATE. THE IMAGE MUST CLEARLY SHOW THE CONDITION OF THE EDENTULOUS SPACE, ADJACENT TEETH (IF APPLICABLE), AND BONE STRUCTURE. THIS RADIOGRAPH MUST HAVE BEEN TAKEN WITHIN 36 MONTHS PRIOR TO THE DATE OF YOUR REQUEST.*** *After several attempts, we were unable to contact the dental office to obtain the information, or it was not provided within the agreed-upon timeframe.*
CO44	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DENTAL PRESENTA UN TRATAMIENTO DE PUENTE FIJO PREVIO Y EXISTE EVIDENCIA CLINICA QUE DEMUESTRA QUE EL MISMO FALLO. SU CUBIERTA DENTAL LIMITA CUALQUIER OTRO NUEVO TRATMIENTO QUE INVOLUCRE EL DIENTE YA BENEFICIADO.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su Cubierta, seccion de Servicios Dentales. *After reviewing the information provided, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL HISTORY SHOWS A PRIOR FIXED BRIDGE TREATMENT, AND THERE IS CLINICAL EVIDENCE DEMONSTRATING THAT IT FAILED. YOUR DENTAL COVERAGE LIMITS ANY NEW TREATMENT INVOLVING A TOOTH THAT HAS ALREADY RECEIVED BENEFITS.*** *For additional information, please refer to your Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO45	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR CUADRANTE, DE POR VIDA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE. PER QUADRANT, PER LIFE.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*
CO46	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR RAIZ, POR DIENTE, DE POR VIDA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE, PER ROOT, PER TOOTH, PER LIFE.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO47	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR RAIZ MOLAR, POR DIENTE, DE POR VIDA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE, PER MOLAR ROOT, PER TOOTH, PER LIFE.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*
CO48	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, DE POR VIDA, POR MANTENEDOR.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE. PER MAINTAINER FOR LIFE.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO49	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR CUADRANTE, CADA 24 MESES.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE. PER QUADRANT, EVERY 24 MONTHS.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*
CO50	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR PROVEEDOR CADA 36 MESES.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE, PER PROVIDER, EVERY 36 MONTHS.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO51	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR CUADRANTE, CADA 3 AÑOS. LIMITADO AL PERIODONCISTA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE, PER QUADRANT, EVERY 3 YEARS. LIMITED TO PERIODONTIST.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*
CO52	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR AÑO POLIZA. LIMITADO AL CIRUJANO ORAL Y MAXILOFACIAL.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE. PER POLICY YEAR. LIMITED TO ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGEON.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO53	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION DE UN SERVICIO, POR AÑO POLIZA. LIMITADO AL PERIODONCISTA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE, PER POLICY YEAR. LIMITED TO PERIODONTIST.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*
CO54	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION POR EXPOSICION.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF PER EXPOSURE.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO55	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE EL SERVICIO FUE PREVIAMENTE REALIZADO Y SU CUBIERTA DENTAL TIENE UNA LIMITACION de UN SERVICIO, POR LESION EN UNA BIOPSIA.** Para informacion adicional, favor hacer referencia a la Cubierta de Beneficios. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT THE SERVICE WAS PREVIOUSLY PERFORMED AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN HAS A LIMITATION OF ONE SERVICE, PER LESION IN A BIOPSY.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage.*
CO56	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE UN SERVICIO DE PROSTODONCIA EN EL ARCO SOLICITADO FUE PREVIAMENTE APROBADO A OTRO PROVEEDOR Y SU CUBIERTA DENTAL LIMITA CUALQUIER OTRO SERVICIO PROSTETICO POR UN PERIODO DE 5 AÑOS.** Para información adicional, favor de hacer referencia a la Cubierta de Beneficios, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS EVIDENCE THAT A PROSTHETIC SERVICE IN THE ARCH WAS PREVIOUSLY APPROVED TO ANOTHER PROVIDER AND YOUR DENTAL COVERAGE PLAN LIMITS ANY OTHER PROSTHETIC SERVICE FOR A 5 YEAR PERIOD.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*

LIMITACIÓN DE CUBIERTAS
COVERAGE-LIMITATIONS

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
CO57	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE (3) ESTRUCTURAS DE SOPORTE DE SEMI PRECISION PARA PROTESIS REMOVIBLES SOBRE IMPLANTES POR AÑO POLIZA.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF (3) SEMI-PRECISION SUPPORT STRUCTURES FOR REMOVABLE PROTHESES ON IMPLANTS, PER POLICY YEAR WAS REACHED.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO58	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LAS CONDICIONES DOCUMENTADAS BAJO EL PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO PRESENTAN UNA EXCLUSION SEGUN LA CUBIERTA DENTAL.** Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de Servicios Dentales. *After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied.* ***THE DOCUMENTED CONDITIONS FOR THE PROPOSED TREATMENT PLAN PRESENT AN EXCLUSION FROM THE DENTAL COVERAGE.*** *For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.*
CO59	Luego de evaluar la informacion provista, el servicio dental solicitado fue denegado**. EL HISTORIAL DE SERVICIOS DENTALES EVIDENCIA QUE ALCANZO EL MAXIMO DE SU CUBIERTA DE TRES (3) SOPORTES DE IMPLANTE PREFABRICADO O HECHO A LA MEDIDA POR AÑO POLIZA**. Para informacion adicional, favor de consultar la Evidencia de su cubierta, seccion de Servicios Dentales After the evaluation of the provided information, the requested dental service was denied**. THE DENTAL SERVICE HISTORY SHOWS THE EVIDENCE THAT THE MAXIMUM COVERAGE OF THREE (3) PREFABRICATED OR CUSTOM FABRICATED ABUTMENTS, PER POLICY YEAR WAS REACHED**. For additional information, please refer to the Evidence of Coverage, Dental Services section.

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR01	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LA INFORMACION CLINICA PRESENTADA FUE REVISADA; SIN EMBARGO, NO SE RECIBIO LA ACLARACION ADICIONAL SOLICITADA RESPECTO A LOS HALLAZGOS CLINICOS IDENTIFICADOS. COMO RESULTADO NO SE PUEDE CONFIRMAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES CLINICAS PARA EL SERVICIO SOLICITADO**. Para que su solicitud pueda ser considerada, **DEBERA SOMETER LA TOTALIDAD DE LA INFORMACION CLINICA REQUERIDA Y\O SOLICITADA (INCLUYENDO, SEGUN APLIQUE, NARRATIVO CLINICO, RADIOGRAFIA(S) REQUERIDA(S), PLAN DE TRATAMIENTO Y CUALQUIER OTRA DOCUMENTACION DE APOYO) QUE DEMUESTRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES CLINICAS ESTABLECIDAS EN LAS GUIAS CLINICAS DE NETCLAIM.** Esta determinacion se basa en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio web del Plan. *After evaluating the clinical information provided, the requested dental service was denied.* ***THE CLINICAL INFORMATION SUBMITTED WAS REVIEWED; HOWEVER, THE ADDITIONAL CLARIFICATION REQUESTED REGARDING THE IDENTIFIED CLINICAL FINDINGS WAS NOT RECEIVED. AS A RESULT, IT CANNOT BE CONFIRMED THAT THE REQUESTED SERVICE MEETS THE APPLICABLE CLINICAL INDICATIONS.*** *For you request to be considered,* ***YOU MUST SUBMIT ALL REQUIRED AND\OR REQUESTED CLINICAL INFORMATION, INCLUDING, AS APPLICABLE, A CLINICAL NARRATIVE, REQUIRED RADIOGRAPH(S), TREATMENT PLAN, AND ANY OTHER SUPPORTING DOCUMENTATION DEMOSTRATING COMPLIANCE WITH THE CLINICAL INDICATIONS ESTABLISHED IN THE NETCLAIM CLINICAL GUIDELINES****. This determination is based on the standards of care outlined in the NetClaim Clinical Guidelines, which are available on the Plan's website.*
DR02	Luego de evaluar la evidencia radiografica provista, el servicio solicitado de implantes ha sido denegado. El area no presenta condiciones favorables para la colocacion de un implante. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. **Para que su servicio pueda ser evaluado REVISE EL DETALLE PROVISTO EN LA SECCION DE INFORMACION CLINICA ADICIONAL DE ESTE COMUNICADO.** *After the evaluation of the provided radiographic evidence, the requested dental service was denied. The area does not show favorable condition to support an implant sustained treatment. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.* ***To evaluate the service the dental office must REVIEW THE PROVIDED DETAIL INCLUDED IN ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION SECTION OF THIS COMMUNICATION.***
DR03	Luego de evaluar la evidencia radiografica provista, el servicio solicitado de implantes ha sido denegado. **ESTE SERVICIO NO PUEDE SER SOLICITADO HASTA QUE EL IMPLANTE ESTE COLOCADO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided radiographic evidence, the requested dental service was denied.* ***THIS SERVICE CANNOT BE REQUESTED PRIOR TO THE IMPLANT BEING PLACED.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR04	El servicio de mantenimiento periodontal (D4910) ha sido denegado debido a que, por la informacion clinica provista y nuestros records de historial dental, **NO HAY EVIDENCIA DE HISTORIAL PERIODONTAL PREVIO**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *The periodontal maintenance service (D4910) was denied due to, based on the provided clinical information and our dental history records, **THERE IS NO EVIDENCE OF PREVIOUS PERIODONTAL SERVICES IN HISTORY**. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR05	El procedimiento de endodoncia solicitado fue denegado ya que **EL DIENTE REQUIERE UN MINIMO DE 50% DE ESTRUCTURA DE SOPORTE OSEO PARA SER CONSIDERADO**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *The endodontic procedure was denied because **THE TOOTH NEEDS A MINIMUM OF 50% OF BONE STRUCTURE SUPPORT TO BE CONSIDERED**. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR06	El servicio de corona en dientes molares ha sido denegado debido a que, **POR LA INFORMACION CLINICA PROVISTA, NO EVIDENCIA DESTRUCCION DE SUPERFICIES DEL DIENTE DEBIDO A CARIES O TRAUMA DE CUATRO SUPERFICIES O MAS Y LA PERDIDA DE DOS CUSPIDES O MAS**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *The requested service for crown procedure on molar tooth was denied due to, **BASED ON THE PROVIDED CLINICAL INFORMATION, THERE IS NO EVIDENCE OF TOOTH SURFACE DESTRUCTION DUE TO CARIES OR TRAUMA OF FOUR SURFACES OR MORE AND TWO CUSPIDS OR MORE MISSING**. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR07	El servicio de corona en dientes premolares ha sido denegado debido a que, **POR LA INFORMACION CLINICA PROVISTA, NO EVIDENCIA LA DESTRUCCION DE SUPERFICIES DEL DIENTE DEBIDO A CARIES O TRAUMA DE TRES SUPERFICIES O MAS Y LA PERDIDA DE UNA CUSPIDE O MAS**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. The requested service for crown procedure on premolar tooth was denied due to, **BASED ON THE PROVIDED CLINICAL INFORMATION, THERE IS NO EVIDENCE OF TOOTH SURFACE DESTRUCTION DUE TO CARIES OR TRAUMA OF THREE SURFACES OR MORE AND ONE CUSPIDS OR MORE MISSING**. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.
DR08	El servicio de corona en dientes anteriores solicitado ha sido denegado debido a que, **POR LA INFORMACION CLINICA PROVISTA, NO EVIDENCIA LA DESTRUCCION DE SUPERFICIES DEL DIENTE DEBIDO A CARIES O TRAUMA DE CUATRO SUPERFICIES Y AL MENOS DENTRO DEL EL 50% DEL BORDE INCISAL DEL DIENTE**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. The requested service of crown procedure on anterior teeth was denied due to, **BASED ON THE PROVIDED CLINICAL INFORMATION, THERE IS NO EVIDENCE OF SURFACE DESTRUCTION ON TOOTH DUE TO CARIES OR TRAUMA OF FOUR SURFACE AND AT LEAST 50% OF THE INCISAL EDGE OF THE TOOTH**. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.
DR09	Servicio de corona en dientes molares es denegado debido a que, **POR LA INFORMACION CLINICA PROVISTA, EXISTE EVIDENCIA DE CARIES EN EL AREA DE LA RAIZ DE LA MOLAR**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *The requested service of crown procedure on molars was denied due to,* ***BASED ON THE PROVIDED CLINICAL INFORMATION, THERE IS EVIDENCE OF CARIES IN THE ROOT AREA OF THE TOOTH****. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR10	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. El mismo excede la necesidad clinica del paciente. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. **PARA QUE SU SERVICIO PUEDA SER EVALUADO REVISE DETALLE PROVISTO EN LA SECCION DE INFORMACION CLINICA ADICIONAL DE ESTE COMUNICADO.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. The service is in exceess of the patient clinical need. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.* ***TO EVALUATE THE SERVICE THE DENTAL OFFICE MUST REVIEW THE PROVIDED DETAIL INCLUDED IN ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION SECTION OF THIS COMMUNICATION.***
DR11*	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **La radiografia no presenta la esctructura completa del diente**. Para poder evaluar este servicio **se necesita tomar una nueva radiografia donde capture la estructura completa del diente, incluyendo su area apical**. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied****. The provided radiograph do not present the complete tooth structure and its apical area****. In order to evaluate this service* ***it is required to take an X Ray capturing the whole tooth structure****.* *Código de denegación inactivo desde 04/15/2024. / *Denial code inactive since 04/15/2024.*
DR12	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL PROCEDIMIENTO SOMETIDO NO SE PUEDE CONSIDERAR CUANDO EXISTE OTRO TRATAMIENTO MAS DEFINITIVO PROPUESTO EN LA MISMA SOLICITUD. EL SERVICIO ESTA EN EXCESO DE LA NECESIDAD CLINICA DEL PACIENTE.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE REQUESTED SERVICE CANNOT BE CONSIDERED WHEN THERE IS A MORE DEFINITIVE SERVICE PROPOSED IN THE SAME REQUEST. THIS SERVICE EXCEEDS THE PATIENT'S CLINICAL NEED.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR13	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **La radiografia no presenta la esctructura completa del diente y su area apical. Para poder evaluar este servicio se necesita tomar una nueva radiografia donde capture la estructura completa del diente, incluyendo su area apical.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***The provided radiograph do not present the complete tooth structure and its apical area. In order to evaluate this service it is required to take an X Ray capturing the whole tooth structure, including the apical area.*** *Código de denegación inactivo desde 10/28/2024. / *Denial code inactive since 10/28/2024.*
DR14*	Este servicio dental solicitado no fue aprobado ya que, luego de evaluar la informacion clinica provista**, la radiografia provista no coincide con el diente o area solicitada.** *This dental service was denied due to, after evaluating the provided clinical information,* ***X-rays received do not match the requested tooth and/or area****.* *Código de denegación inactivo desde 10/28/2024. / *Denial code inactive since 10/28/2024.*
DR15	Este servicio dental solicitado no fue aprobado ya que, luego de evaluar la informacion provista, **EL PROVEEDOR QUE BRINDARA LOS SERVICIOS NO TIENE REGISTRADO EN LA ASEGURADORA EL CERTIFICADO REQUERIDO PARA OFRECER EL SERVICIO DE IMPLANTES.** *This dental service was denied due to, after evaluating the provided clinical information,* ***THE RENDERING PROVIDER HAS NOT REGISTERED IN THE INSURER THE IMPLANT CERTIFICATION TO RENDER THE SERVICES.***

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR16	Luego de evaluar la informacion clinica y evidencia radiografica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **El reporte enviado no esta alineado con la descripcion del codigo en el Manual de Codigos de la Asociacion Dental Americana (ADA)**. *After the evaluation of the provided clinical information and radiographic evidence, the requested dental service was denied.* ***The submitted report is not aligned with the code description based on the Code Manual of the American Dental Association (ADA)****.* *Código de denegación inactivo desde 10/28/2024. / *Denial code inactive since 10/28/2024.*
DR17	Luego de evaluar la informacion clinica y evidencia radiografica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **NO SE PRESENTAN CONDICIONES FAVORABLES EN EL DIENTE(S) PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO SOLICITADO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. **PARA QUE SU SERVICIO PUEDA SER EVALUADO REVISE EL DETALLE PROVISTO EN LA SECCION DE INFORMACION CLINICA ADICIONAL DE ESTE COMUNICADO.** After the evaluation of the provided clinical information and radiographic evidence, the requested dental service was denied. **THERE ARE NOT FAVORABLE CONDITIONS IN THE TOOTH TO EXECUTE THE REQUESTED PROCEDURE.** This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website. **TO EVALUATE THE SERVICE THE DENTAL OFFICE MUST REVIEW THE PROVIDED DETAIL INCLUDED IN ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION SECTION OF THIS COMMUNICATION.**
DR18	El servicio de colocacion de implantes no fue aprobado ya que, **LUEGO DE EVALUAR EL CERTIFICADO DE AUTORIZACION PARA LA COLOCACION DE IMPLANTES COMPLETADO POR EL MEDICO PRIMARIO DEL ASEGURADO, INDICA QUE NO SE RECOMIENDA LA REALIZACION DEL SERVICIO SOLICITADO.** The requested implant procedure was not approved due to, **AFTER EVALUATING THE IMPLANT MEDICAL CLEARANCE CERTIFICATION COMPLETED BY THE PATIENT PRIMARY CARE PHYSICIAN, INDICATES IS NOT RECOMMENDED THE EXECUTION OF THE REQUESTED SERVICE.**

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR19	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL DIENTE TRATADO CON ENDODONCIA PRESENTA LESION APICAL. SE REQUIERE UNA RE-EVALUACION ENDODONTICA ANTES DE PREAUTORIZAR ESTE SERVICIO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De Netclaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE TREATED TOOTH WITH ENDODONTIC TREATMENT DISPLAY AN APICAL LESION. AN ENDODONTIC RE-EVALUATION IS REQUIRED BEFORE PRE AUTHORIZING THIS SERVICE.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR20	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL TAMAÑO DEL ESPACIO EDENTULO NO ESTA DE ACUERDO CON EL NUMERO DE DIENTE O DIENTES QUE SE SUSTITUYE(N)**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE SIZE OF THE EDENTULOUS AREA IS NOT ALIGNED WITH THE NUMBER OF TOOTH OR TEETH TO BE SUBSTITUDED****. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR21	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LAS PROTESIS FIJAS PARCIALES DEBEN SER RETENIDAS POR IMPLANTES O POR DIENTES NATURALES SOLAMENTE, NO SE PUEDEN COMBINAR AMBOS**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE PARTIAL FIXED PROSTHESIS SHALL BE RETAINED BY IMPLANTS OR NATURAL TEETH ONLY, CANNNOT BE COMBINED****. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR22	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LA INCLINACION EXCESIVA DE PILAR O PILARES IMPOSIBILITAN EL LOGRO DE UN PARALELISMO ADECUADO**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE EXCESSIVE INCLINATION OF THE PILLAR OR PILLARS AVOID THE ACHIEVEMENT OF ADEQUATE PARALLELISM****. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR23	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LAS PIEZAS DENTALES PRESENTAN CONDICION PERIODONTAL. NO EXISTE EVIDENCIA DE HISTORIAL DE TRATAMIENTO PERIODONTAL PREVIO**. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. **PARA QUE EL SERVICIO DENTAL SEA APROBADO LA PIEZA DENTAL DEBE SER TRATADA PERIODONTALMENTE ANTES DE CONSIDERAR ESTE TRATAMIENTO**. After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. **THE TOOTH\TEETH DISPLAY PERIODONTAL CONDITION. THERE IS NO EVIDENCE OF PREVIOUS PERIODONTIC TREATMENT HISTORY**. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website. **TO APPROVE THIS SERVICE THE PERIODONTAL RELATED TOOTH\TEETH NEEDS BE TREATED BEFORE CONSIDERING THIS TREATMENT**.
DR24*	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **El dentograma periodontal enviado o/y radiografias no estan acorde con los requisitos clinicos para evaluar este tipo de procedimiento.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. **Para que el servicio dental sea evaluado debe enviar una serie completa de radiografias periapicales y el dentograma periodontal con 6 medidas de bolsillo por cada diente.** After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. **The periodontal charting and/or X Ray submitted does not have the necessary clinical information to evaluate this procedure.** This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association. **To evaluate this service is require to submit a full series of periapical radiograph and a periodontal charting with 6 pockets measurements by teeth.** *Código de denegación inactivo desde 04/15/2024. */ Denial code inactive since 04/15/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR25	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **ESTE PROCEDIMIENTO ESTA INDICADO PARA DIENTE TRATADO ENDODONTICAMENTE.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. **PARA PODER EVALUAR ESTE SERVICIO DEBE SOMETER RADIOGRAFIA QUE MUESTRE LA ENDODONCIA EN SU TOTALIDAD.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE PROCEDURE IS INDICATED FOR TOOTH TREATED WITH ENDODONTIC THERAPY.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.* ***TO EVALUATE THIS SERVICE IS REQUIRED TO SUBMIT A RADIOGRAPH DISPLAYING THE FULL ENDODONTIC TREATMENT.***
DR26*	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. S**e requieren imagenes periapicales con valor diagnostico para puentes fijos y/o coronas individuales.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. **Para poder evaluar este servicio debe someter radiografias que muestre el diente en su totalidad y el espacio edentulo.** After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. **It is required a periapical image with diagnostic value for fixed bridge and/or individual crown.** This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association. **To evaluate this service is required to submit a radiograph image displaying the full tooth structure and the edentulous area.** *Código de denegación inactivo desde 04/15/2024. / *Denial code inactive since 04/15/2024.*
DR27	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL ESPACIO EDENTULO ESTA CERRADO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE EDENTULOUS AREA IS CLOSED.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR28	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL DIENTE O DIENTES ESTAN PERIODONTALMENTE AFECTADOS Y TIENEN OTRO PROCESO PATOLOGICO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en Las Guias Clinicas De Netclaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE TOOTH OR TEETH ARE PERIODONTALLY AFFECTED OR HAVE OTHER PATHOLOGICAL PROCESS.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR29	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL DIENTE DEBE ESTAR LIBRE DE LESIONES DE ORIGEN ENDODONTICO. NO HAY EVIDENCIA EN HISTORIAL DE ENDODONCIA Y\O EVIDENCIA DE TRATAMIENTO RECIENTE. EL TRATAMIENTO DE CANAL DEBE REALIZARSE PREVIO A ESTA SOLICITUD DE PREAUTORIZACION.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. **PARA PODER EVALUAR ESTE SERVICIO DEBE SOMETER EVIDENCIA RADIOGRAFICA LUEGO DE REALIZADA LA ENDODONCIA Y\O NARRATIVO DE CONSULTA ENDODONTICA.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE TOOTH SHALL BE FREE OF ANY ENDODONTIC LESION. THERE IS NO EVIDENCE OF ENDODONTIC AND\OR RECENT TREATMENT. THE ENDODONTIC TREATMENT SHALL BE PERFORMED BEFORE REQUESTING THE SERVICE.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.* ***TO EVALUATE THIS SERVICE IS REQUIRED TO SUBMIT RADIOGRAPHIC EVIDENCE OF THE ENDODONTIC PROCEDURE ALREADY PERFORM AND\OR AN ENDODONTIC CONSULT.***
DR30	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. Radiograficamente y\o por determinacion del consultor dental no se considera medicamente necesario segun los documentos enviados. Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan. **Para que su servicio pueda ser evaluado REVISE EL DETALLE PROVISTO EN LA SECCION DE INFORMACION CLINICA ADICIONAL DE ESTE COMUNICADO.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. The radiographic evidence and/or the determination of the Dental Consultant, the procedure is not considered medically necessary. This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.* ***To evaluate the service the dental office must REVIEW THE PROVIDED DETAIL INCLUDED IN ADDITIONAL CLINICAL INFORMATION SECTION OF THIS COMMUNICATION.***

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR31	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EXISTE EVIDENCIA DE CARIES EN EL AREA DE LA FURCA.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THERE IS EVIDENCE OF CARIES IN THE FURCA AREA.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR32*	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio periodontal solicitado fue denegado. **La radiografia provista no cumple con los requisitos para la evaluar la condicion de tejido blando.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. **Para poder evaluar este servicio periodontal se necesita, de una fotografia intraoral.** After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. **The provided radiograph does not comply with the requirements to evaluate the condition of dental soft tissue.** This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association. **To evaluate this periodontal service, an intraoral photo is required.** *Código de denegación inactivo desde 04/15/2024. / *Denial code inactive since 04/15/2024.*
DR33*	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **El angulo de la radiografia sometida no permite la evaluacion clinica del procedimiento solicitado.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. **Para poder evaluar este servicio dental se necesita una nueva radiografia con el angulo correcto.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***The provided x ray angle does not allow the clinical evaluation for the requested service.*** *This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standards are based on the best practices as published in articles by the American Dental Association.* ***To evaluate this dental service is required a new x ray with the correct angle.*** *Código de denegación inactivo desde 04/15/2024. / *Denial code inactive since 04/15/2024.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR34*	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **Se requiere de radiografia adicional para poder evaluar su solicitud.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado establecidos por la profesion dental para este tipo de servicio. Los estandares estan basados en las mejores practicas segun publicado en articulos de la Asociacion Dental Americana. **Para poder evaluar este servicio dental se necesita una nueva radiografia del diente en su totalidad y/o estructuras adyacentes.** After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. **It is required an additional x-ray to evaluate the requested service.** This decision is based on the standard of care established within the dental profession for this type of service. The standard is based on the best practices as published in articles by the American Dental Association. **To evaluate this dental service, it is required a new x ray with the correct angle.** *Código de denegación inactivo desde 04/15/2024. */ Denial code inactive since 04/15/2024.*
DR35	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **POSTES PREFABRICADOS Y COLADOS SON UN BENEFICIO PARA DIENTES PERMANENTES, TRATADOS ENDODONTICAMENTE.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De Netclaim, publicadas en el sitio web del plan. **PARA PODER EVALUAR ESTE SERVICIO SE REQUIERE RADIOGRAFIA CON ENDODONCIA REALIZADA.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***PREFABRICATED AND CAST POSTS ARE A BENEFIT FOR PERMANENT, ENDODONTICALLY TREATED TEETH.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.* ***TO EVALUATE THIS DENTAL SERVICE IT IS REQUIRED A NEW X-RAY WITH THE FINISHED ROOT CANAL THERAPY.***
DR36	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA MUESTRA NEUMATIZACION DEL SENO MAXILAR CON ESPACIO INSUFICIENTE PARA LA COLOCACION DEL IMPLANTE.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***RADIOGRAPHIC EVIDENCE SHOWS MAXILLARY SINUS PNEUMATIZATION WITH INSUFFICIENT SPACE FOR IMPLANT PLACEMENT.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR37	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **BASADO EN LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA NO EXISTE ANCHO SUFICIENTE PARA LA COLOCACION DEL IMPLANTE.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***BASED ON RADIOGRAPHIC EVIDENCE, THERE IS NOT ENOUGH WIDTH FOR IMPLANT PLACEMENT.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR38	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **BASADO EN LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA NO EXISTE LARGO SUFICIENTE PARA LA COLOCACION DEL IMPLANTE.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***RADIOGRAPHIC EVIDENCE, THERE IS NOT ENOUGH LENGTH FOR IMPLANT PLACEMENT.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR39	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LA PERDIDA OSEA Y\O CALCULO EN LA SUPERFICIE DE LA RAIZ NO ESTA PRESENTE EN LA RADIOGRAFIA.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE BONE LOSS AND\OR CALCULUS ON THE ROOT SURFACE IS NOT PRESENT ON THE X-RAY.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR40	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL ESPACIO EXISTENTE ES MENOR A LAS UNIDADES SOLICITADAS.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE EXISTING SPACE IS LESS THAN THE REQUESTED UNITS.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR41	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. Tiene procedimientos mas definitivos ya aprobados y vigentes. **Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas de NetClaim, publicadas en el sitio Web del Plan.** *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied. It has more definitive procedures currently approved.* ***This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.*** *Código de denegación inactivo desde 12/02/2024. / *Denial code inactive since 12/02/2024.*
DR42	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL TIEMPO DE SEDACION EXCEDE LA NECESIDAD PARA EL PROCEDIMIENTO SOLICITADO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE SEDATION TIME EXCEEDS THE NEED FOR THE REQUESTED PROCEDURE.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR43	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **BASADO EN LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA NO HAY SUFICIENTE DESTRUCCION DE ESTRUCTURA CORONAL PARA LA RETENCION DE UN PROCEDIMIENTO RESTAURATIVO FINAL.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***RADIOGRAPHIC EVIDENCE, THERE IS INSUFFICIENT CORONAL STRUCTURE DESTRUCTION FOR RETENTION OF A FINAL RESTORATIVE PROCEDURE.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR44	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EVIDENCIA RADIOGRAFICA MUESTRA UNA ENDODONCIA CON POBRE SELLADO QUE NO CUMPLE CON LOS ESTANDARES DE CALIDAD.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***RADIOGRAPHIC EVIDENCE SHOWS A POORLY SEALED ROOT CANAL THAT DOES NOT MEET QUALITY STANDARDS.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR45	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LA PERDIDA OSEA SEVERA EN DIENTE\DIENTES\ARCO. NIVELES DE HUESO ES MENOR AL 50% DEL LARGO DE LA RAIZ.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***SEVERE BONE LOSS IN TOOTH\TEETH\ARCH. BONE LEVELS ARE LESS THAN 50% OF THE LENGTH OF THE ROOT.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR46	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **PROCEDIMIENTO NO RECOMENDADO POR ESPECIALISTA EN NARRATIVO INCLUIDO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***PROCEDURE NOT RECOMMENDED BY A SPECIALIST IN NARRATIVE INCLUDED.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR47	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EXISTE EVIDENCIA DE ENVOLVIMIENTO PERIODONTAL EN LA FURCA DEL DIENTE SOLICITADO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THERE IS EVIDENCE OF PERIODONTAL FURCA INVOLMENT ON THE REQUESTED TOOTH.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*
DR48	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL DIENTE NO ES RESTAURABLE DEBIDO A LA PRESENCIA DE CARIES EN LA RAIZ DEBAJO DEL NIVEL DEL HUESO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided clinical information, the requested dental service was denied.* ***THE TOOTH IS NOT RESTAURABLE BECAUSE OF THE PRESENCE OF CARIES ON THE ROOT AREA BELOW THE BONE LEVEL.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the plan website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR49	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **BASADO EN LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA, IMPLANTE SE ENCUENTRA DESTAPADO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided radiographic evidence, the requested dental service was denied.* ***BASED ON THE RADIOGRAPHIC EVIDENCE, IMPLANT HAS BEEN EXPOSED ALREADY.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.*
DR50	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA MUESTRA QUE LA CONDICION DEL DIENTE NO REQUIERE REMOCION DE HUESO Y\O SECCIONAR DIENTE.** Esta decision esta basada en el uso y descripción de los codigos segun establece el libro de Terminologia Actual Dental (CDT) de la Asociacion Dental Americana (ADA). *After the evaluation of the provided radiographic evidence, the requested dental service was denied.* ***RADIOGRAPHIC EVIDENCE SHOWS THE CONDITION OF THE TOOTH DOES NOT REQUIRE BONE REMOVAL AND\OR TOOTH SECTIONING.*** *This decision is based on the use and description of the codes as established in the Current Dental Terminology (CDT) of the American Dental Association (ADA).*
DR51	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **IMPLANTE DENTAL DEBE TENER MAS DE NOVENTA (90) DIAS LUEGO DE LA COLOCACION PARA SER RESTAURADO.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. / After the evaluation of the provided radiographic evidence, the requested dental service was denied. **DENTAL IMPLANT MUST BE IN PLACE FOR MORE THAN NINETY (90) DAYS BEFORE PLACING RESTORATION.** This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR52	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **EL SERVICIO DENTAL SOMETIDO EN CONJUNTO NO FUE APROBADO, POR TANTO LA SEDACION ESTA EN EXCESO DE NECESIDAD MEDICA.** Esta decision esta basada en los estandares de cuidado disponibles en las Guias Clinicas De NetClaim, publicadas en el sitio web del plan. *After the evaluation of the provided radiographic evidence, the requested dental service was denied.* ***THE DENTAL SERVICE SUBMITTED ALONG WAS NOT APPROVED, THEREFORE THE SEDATION IS IN EXCESS OF MEDICAL NECESSITY.*** *This decision is based on the standards of care available in the NetClaim Clinical Guidelines, published in the in the Plan Website.*
DR53	Luego de evaluar la radiografia provista, el servicio dental solicitado fue denegado. **LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA NO MUESTRA LA NECESIDAD DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE GINGIVECTOMIA.** Esta decision esta basada en el uso y descripcion de los codigos segun establece el libro de Terminologia Actual Dental (CDT) de la Asociacion Dental Americana (ADA). *After the evaluation of the provided radiographic evidence, the requested dental service was denied.* ***RADIOGRAPHIC EVIDENCE DOES NOT SHOW THE NEED TO PERFOM THE GINGIVECTOMY PROCEDURE.*** *This decision is based on the use and description of the codes as established in the Current Dental Terminology (CDT) of the American Dental Association (ADA).*
DR54	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado **DEBIDO A QUE LOS PONTICOS EN VOLADIZO POSTERIORES ESTAN CONTRAINDICADOS DEBIDO A QUE GENERA FUERZAS EXCESIVAS SOBRE EL DIENTE RETENEDOR**. Esta determinacion esta basada en las Guias Clinicas de NetClaim publicadas en el sitio web del Plan. *After evaluating the clinical information provided, the requested dental service was denied* ***BECAUSE POSTERIOR CANTILEVER PONTICS ARE CONTRAINDICATED DUE TO EXCESIVE FORCES IN THE ABUTMENT TOOTH****. This determination is based on the NetClaim Clinical Guidelines published on the Plan's website.*

#	DESCRIPCIÓN / DESCRIPTION
DR55	Luego de evaluar la informacion clinica provista, el servicio dental solicitado fue denegado **DEBIDO A QUE NO EXISTE ESTRUCTURA CORONAL SUFICIENTE PARA PERMITIR LA RETENCION ADECUADA DE LA RESTAURACION SOLICITADA**. Esta determinacion esta basada en las Guias Clinicas de NetClaim publicadas en el sitio web del Plan. *After evaluating the clinical information provided, the requested dental service was denied **BECAUSE THERE IS INSUFFICIENT CORONAL STRUCTURE TO ALLOW ADEQUATE RETENTION OF THE REQUESTED RESTORATION**. This determination is based on the NetClaim Clinical Guidelines published on the Plan's website.*
DR56	Luego de evaluar la información clínica provista, el servicio dental solicitado fue denegado **DEBIDO A QUE UNA PROTESIS FIJA POSTERIOR DE GRAN EXTENSION PRESENTA LIMITACIONES RELACIONADAS CON BIOMECANICA DESFAVORABLE Y FLEXION EXCESIVA**. Esta determinacion esta basada en las Guias Clinicas de NetClaim publicadas en el sitio web del Plan. *After evaluating the clinical information provided, the requested dental service was denied **BECAUSE A LONG-SPAN POSTERIOR FIXED PROSTHESIS PRESENT LIMITATIONS RELATED TO UNFAVORABLE BIOMECHANICS AND EXCESSIVE FLEXION**. This determination is based on the NetClaim Clinical Guidelines published on the Plan's website.*
DR57	Luego de evaluar la información clínica recibida, el servicio solicitado fue denegado porque **TRATAMIENTOS CON FINES COSMETICOS NO CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE NECESIDAD MEDICA**. Esta determinación esta basada en las Guias Clinicas de NetClaim publicadas en el sitio web del Plan. *After reviewing the clinical information provided, the requested service was denied **BECAUSE COSMETIC TREATMENT DOES NOT MEET MEDICAL NECESSITY CRITERIA**. This determination is based on the NetClaim Clinical Guidelines published on the Plan's website.*

Disclaimer

The information provided on this **https://netclaimmso.com** contains proprietary and confidential material own by NetClaim Solutions MSO. This material is intended solely for the use of the individual or entity to whom it is addressed. Any unauthorized disclosure, distribution, or reproduction of this proprietary information is strictly prohibited.

The **https://netclaimmso.com** and its content are provided on an "as-is" basis without any warranties, expressed or implied. We make no representations or warranties regarding the accuracy, completeness, or suitability of the information provided, and we shall not be held liable for any errors or omissions in the content.

Any use, reliance, or action taken based on the information provided on this **https://netclaimmso.com** is at your own risk. All documents are provided as a guide and to facilitate the operation processes. We disclaim all liability for any direct, indirect, incidental, or consequential damages resulting from the use of this proprietary information.

By accessing and using this **https://netclaimmso.com**, you agree to respect and protect the confidentiality of the proprietary information contained herein. Unauthorized use or disclosure may result in legal consequences.

For more information you can contact us at compliance@netclaimmso.com.

Revised Version: July 23, 2026