SOLIS
HEALTH PLANS

2027

Dental Guide
Guía Dental

Solis Wellness Giveback Plan
(HMO C-SNP)

H0982_dentalcsnpgb27_M

Solis Health Plans is dedicated to giving our members the resources they need to maximize their healthcare benefits. The **Solis Dental Guide** is a helpful tool that includes a complete and comprehensive list of dental procedures that are covered within the **Solis Wellness Giveback Plan (HMO C-SNP).**

Please note: If you do not see a particular procedure in this guide, it is not covered by your plan. Comprehensive services require prior authorization and are noted with an asterisk (*).

To receive dental benefits, all members must visit an **in-network provider,** which can be found in our **Provider/Pharmacy Directory** at **solishealthplans.com.** Members need to present their Solis Member ID Card to their provider at the time of service. For more information on dental benefits, please refer to the **Evidence of Coverage** or **Summary of Benefits** for details.

Solis Health Plans está dedicado a brindar a nuestros miembros los recursos que necesitan para maximizar sus beneficios de atención médica. La **Guía Dental de Solis** es una herramienta útil que incluye una lista completa y detallada de los procedimientos dentales cubiertos dentro del **Solis Wellness Giveback Plan (HMO C-SNP)**

Nota: Si no ve un procedimiento específico en esta guía, significa que no está cubierto por su plan. Los servicios integrales requieren autorización previa y se indican con un asterisco (*).

Para recibir los beneficios dentales, todos los miembros deben acudir a un **proveedor dentro de la red,** que se puede encontrar en nuestro **Directorio de Proveedores/Farmacias** en **solishealthplans.com.** Es posible que los miembros también deban presentar su tarjeta de identificación de miembro de Solis al proveedor al momento del servicio. Para obtener más información sobre los beneficios dentales, consulte la **Evidencia de Cobertura** o el **Resumen de Beneficios** para más detalles.

Our Member Services Department is ready to help with any questions you may have.
Nuestro Departamento de Servicios al Miembros está listo para ayudar con cualquier pregunta.
844-447-6574 (TTY: 711)

From October 1 – March 31, we are open 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m.
Abierto 1 de octubre – 31 de marzo: 7 días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

From April 1 – September 30, we are open Monday – Friday from 8 a.m. to 8 p.m.
Abierto 1 de abril – 31 de septiembre: lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Visit us online at | Visítenos en línea a **solishealthplans.com**

Code Código	Procedure Description Descripción Del Procedimiento	Frequency Limitations Limitaciones de frecuencia
Clinical Oral Evaluations ***Evaluaciones clínicas bucales***		
D0120	Periodic Oral Evaluation - Established Patient Evaluación bucal periódica: paciente regular	Two (D0120, D0160, D0170) every calendar year. Dos (D0120, D0160, D0170) por cada año calendario.
D0140	Limited Oral Evaluation - Problem Focused Evaluación bucal limitada: problema específico	Three per calendar year, not allowed with routine services. Tres por año calendario, no se permite con servicios de rutina.
D0150	Comprehensive Oral Exam Examen bucal integral	One of (D0150, D0180) every three calendar years, per provider or location. Two of (D0120, D0150, D0180) per calendar year per provider or location. Una de (D0150, D0180) cada tres años calendario, por proveedor o ubicación. Dos de (D0120, D0150 y D0180) por año calendario, por proveedor o ubicación.
D0160	Detailed and Extensive Oral Evaluation - Problem Focused, by Report Evaluación bucal detallada y extensa: problema específico, por informe	Two (D0120, D0160, D0170) every calendar year. Dos (D0120, D0160, D0170) por cada año calendario.
D0170	Re-evaluation, Limited Problem Focused Reevaluación, problema específico limitado	Two (D0120, D0160, D0170) every calendar year. Dos (D0120, D0160, D0170) por cada año calendario.

Code Código	Procedure Description Descripción Del Procedimiento	Frequency Limitations Limitaciones de frecuencia
Clinical Oral Evaluations ***Evaluaciones clínicas bucales***		
D0180	Comprehensive Periodontal Evaluation Evaluación periodontal integral	One of (D0150, D0180) every three calendar years, per provider or location. Two of D0120, D0150, D0180 per calendar year per provider or location. Una de (D0150, D0180) cada tres años calendario, por proveedor o ubicación. Dos de D0120, D0150 y D0180 por año calendario, por proveedor o ubicación.
Diagnostic Imaging ***Diagnóstico por imágenes***		
D0210	Intraoral - Complete Series of radiographic images Intrabucal: serie completa de radiografías	One of (D0210, D0330, D0277, D0372) every three calendar years. Una de (D0210, D0330, D0277, D0372) cada tres años calendario.
D0220	Intraoral - Periapical first radiographic image Intrabucal: primera radiografía periapical	One of D0220, per date of service. Una de D0220, por fecha de servicio.
D0230	Intraoral - Periapical each additional radiographic image Intrabucal: cada radiografía periapical adicional	
D0240	Intraoral - Occlusal radiographic image Intrabucal: radiografía oclusal	Two per two calendar years. Dos por dos años calendario.

Code Código	Procedure Description Descripción Del Procedimiento	Frequency Limitations Limitaciones de frecuencia
Diagnostic Imaging ***Diagnóstico por imágenes***		
D0270	Bitewing - Single radiographic image Aleta de mordida: una radiografía	One of (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) every calendar year. Una de (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) por cada año calendario.
D0272	Bitewings - Two radiographic images Aleta de mordida: dos radiografías	One of (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) every calendar year. Una de (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) por cada año calendario.
D0273	Bitewings - Three radiographic images Aleta de mordida: tres radiografías	One of (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) every calendar year. Una de (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373)por cada año calendario.
D0274	Bitewings - Four radiographic images Aleta de mordida: cuatro radiografías	One of (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) every calendar year. Una de (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) por cada año calendario.
D0277	Vertical Bitewings - 7 to 8 radiographic images Aleta de mordida vertical: de 7 a 8 radiografías	One of (D0210, D0330, D0277, D0372) every 3 calendar years. Una de (D0210, D0330, D0277, D0372) cada 3 años calendario.

Code Código	Procedure Description Descripción Del Procedimiento	Frequency Limitations Limitaciones de frecuencia
	Diagnostic Imaging ***Diagnóstico por imágenes***	
D0330	Panoramic radiographic image Radiografía panorámica	One of (D0210, D0330, D0277, D0372) every 3 calendar years. Una de (D0210, D0330, D0277, D0372) cada 3 años calendario.
D0372	Intraoral tomosynthesis-comprehensive series of radiographic images Tomosíntesis intrabucal: serie completa de radiografías	One of (D0210, D0330, D0277, D0372) every 3 calendar years. Una de (D0210, D0330, D0277, D0372) cada 3 años calendario.
D0373	Intraoral tomosynthesis-bitewing radiographic image Tomosíntesis intrabucal: radiografía de aleta de mordida	One of (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) every calendar year. Una de (D0270, D0272, D0273, D0274, D0373) por cada año calendario.
D0374	Intraoral tomosynthesis-periapical radiographic image Tomosíntesis intrabucal: radiografía periapical	One of (D0374) every calendar year. Una de (D0374) por cada año calendario.
	Preventative **Preventivo**	
	Dental Prophylaxis ***Profilaxis dental***	
D1110	Prophylaxis – Adult Profilaxis: Adulto	One of (D0374) every calendar year. Una de (D0374) por cada año calendario.

Code Código	Procedure Description Descripción Del Procedimiento	Frequency Limitations Limitaciones de frecuencia
Topical Fluoride Treatment (Office Procedure) Tratamiento con flúor tópico (procedimiento en el consultorio)		
D1206	Topical Application of Fluoride Varnish Aplicación tópica de barniz de flúor	Two of (D1206, D1208, D1209) per calendar year. Dos de (D1206, D1208, D1209) por año calendario.
D1208	Topical Application of Fluoride-excluding varnish Aplicación tópica de flúor: sin barniz	Two of (D1206, D1208, D1209) per calendar year. Dos de (D1206, D1208, D1209) por año calendario.
D1209	Application of caries preventive medicament - topical non-fluoride; full mouth Aplicación de un medicamento preventivo contra las caries, tópico sin flúor; boca completa	Two of (D1206, D1208, D1209) per calendar year. Dos de (D1206, D1208 o D1209) por año calendario.
Periodontics Periodoncia		
D4346	Scaling in presence of generalized moderate or severe gingival inflammation – full mouth, after oral evaluation Raspado cuando hay inflamación gingival generalizada moderada o grave: para toda la boca, después de evaluación oral	Two of (D1110, D4346, D4910) every calendar year. Dos de (D1110, D4346, D4910) por cada año calendario.
D4910	Periodontal Maintenance Procedures - Following Active Surgery Procedimientos de mantenimiento periodontal: después de una cirugía activa	Four of D4910 every calendar year. Cuatro de D4910 por cada año calendario.
Adjunctive General Services Servicios generales complementarios		
Unclassified Treatment Tratamiento no clasificado		
D9110	Palliative Treatment of Dental Pain Tratamiento paliativo del dolor dental	Not allowed with anything other than D0140 and x-rays. No se permite con nada que no sea D0140 y radiografías.

Code Código	Procedure Description Descripción Del Procedimiento	Frequency Limitations Limitaciones de frecuencia
Miscellaneous Services Servicios varios		
D9995	Teledentistry – synchronous; real-time encounter Teleodontología: sincrónica; encuentro en tiempo real	One of (D9995 or D9996) per provider or location per date of service. Una de (D9995 o D9996) por proveedor o ubicación por fecha de servicio.
D9996	Teledentistry – asynchronous; information stored and forwarded to dentist for subsequent review Teleodontología: asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión	One of (D9995 or D9996) per provider or location per date of service. Una de (D9995 o D9996) por proveedor o ubicación por fecha de servicio.

Solis Health Plans, Inc., is an HMO plan with a Medicare contract. Enrollment in Solis Health Plans, Inc., depends on contract renewal. Solis Health Plans, Inc., complies with all applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Solis Health Plans does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-447-6547 (TTY: 711).

Solis Health Plans, Inc., es un HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Solis Health Plans, Inc. depende de la renovación del contrato. Solis Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Solis Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). ATTENTION: If you speak English language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-447-6547 (TTY: 711).

SOLIS
HEALTH PLANS

844-447-6547 (TTY: 711)
solishealthplans.com