

**OHIO MEDICAID ADULT DENTAL PROGRAM
COVERAGE OF CURRENT DENTAL TERMINOLOGY CODES BY DATE OF SERVICE**

As originally published with MHTL No. 3335-05-01, this table documented the limited adult dental benefit coverage effective for dates of service on and after January 1, 2006. The present version of the table has been revised to reflect the reinstatement of benefits (subject to program limitations) effective for dates of service on and after July 1, 2008, as specified in MHTL No. 3335-08-01.

* Requires Prior Authorization

July 2008 Version

	CDT Code	Code Description	Through 12/31/05	From 1/1/06 through 6/30/08	On or After 7/1/08
Diagnostic Codes	D0120	Periodic Oral Evaluation	1x 180 days	1x 365 days	1x 180 days
	D0140	Limit Oral Eval Problm Focus	Y	Y	Y
	D0150	Comprehensve Oral Evaluation	Y	Y	Y
	D0210	Intraor Complete Film Series	Y	Y	Y
	D0220	Intraoral Periapical First F	Y	Y	Y
	D0230	Intraoral Periapical Ea Add	Y	Y	Y
	D0240	Intraoral Occlusal Film	Y	Y	Y
	D0250	Extraoral First Film	Y	Y	Y
	D0270	Dental Bitewing Single Film	Y	Y	Y
	D0272	Dental Bitewings Two Films	Y	Y	Y
	D0273	Dental Bitewings Three Films	NA	Y eff 1/1/07	Y
	D0274	Dental Bitewings Four Films	Y	Y	Y
	D0321	Dental Other Tmj Films	Y	N	Y
	D0330	Dental Panoramic Film	Y	Y	Y
	D0350 *	Diagnostic Photographs	Y	Y	Y
D0470 *	Diagnostic Casts	Y	Y	Y	
Preventive Codes	D1110	Dental Prophylaxis Adult	1x 180 days	1x 365 days	1x 180 days
	D1510	Space Maintainer Fxd Unilat	Y	N	Y
	D1515	Fixed Bilat Space Maintainer	Y	N	Y
	D1520	Space Maintainer Remov Unilat	Y	N	Y
	D1525	Space Maintainer Remov Bilat	Y	N	Y
Restorative Codes	D2140	Amalgam One Surface Permanen	Y	Y	Y
	D2150	Amalgam Two Surfaces Permane	Y	Y	Y
	D2160	Amalgam Three Surfaces Perma	Y	Y	Y
	D2161	Amalgam 4 or > Surfaces Perm	Y	Y	Y
	D2330	Resin One Surface-Anterior	Y	Y	Y
	D2331	Resin Two Surfaces-Anterior	Y	Y	Y
	D2332	Resin Three Surfaces-Anterior	Y	Y	Y
	D2335	Resin 4/> Surf or w Incis An	Y	Y	Y
	D2391	Post 1 Srfc Resinbased Cmpst	Y	Y	Y
	D2392	Post 2 Srfc Resinbased Cmpst	Y	Y	Y
	D2393	Post 3 Srfc Resinbased Cmpst	Y	Y	Y
	D2394	Post >=4srfc Resinbase Cmpst	Y	Y	Y
	D2752 *	Crown Porcelain w Noble Met	Y	N	Y
	D2930	Prefab Stnlss Steel Crwn Pri	Y	N	Y
	D2931	Prefab Stnlss Steel Crown Pe	Y	N	Y
	D2933	Prefab Stainless Steel Crown	Y	Y	Y
	D2951	Tooth Pin Retention	Y	Y	Y
	D2952 *	Post & Core Cast + Crown	Y	N	Y

	CDT Code	Code Description	Through 12/31/05	From 1/1/06 through 6/30/08	On or After 7/1/08
Endodontic Codes	D3310	Anterior	Y	Y	Y
	D3320	Root Canal Therapy 2 Canals	Y	N	Y
	D3330	Root Canal Therapy 3 Canals	Y	N	Y
	D3351 *	Apex/recalc initial vist	Y	N	Y
	D3352 *	Apex/recalc interim visit	Y	N	Y
	D3353 *	Apex/recalc final visit	Y	N	Y
	D3410 *	Apicoect/Perirad Surg Anter	Y	N	Y
Periodontic Codes	D4210 *	Gingivectomy/Plasty Per Quad	Y	N	Y
Removable Prosthodontics	D5110 *	Dentures Complete Maxillary	Y	Y	Y
	D5120 *	Dentures Complete Mandible	Y	Y	Y
	D5211 *	Dentures Maxill Part Resin	Y	Y	Y
	D5212 *	Dentures Mand Part Resin	Y	Y	Y
	D5213 *	Dentures Maxill Part Metal	Y	Y	Y
	D5214 *	Dentures Mandibl Part Metal	Y	Y	Y
	D5510	Dentur Repr Broken Compl Bas	Y	Y	Y
	D5520	Replace Denture Teeth Complt	Y	Y	Y
	D5610	Dentures Repair Resin Base	Y	Y	Y
	D5620	Rep Part Denture Cast Frame	Y	Y	Y
	D5630	Rep Partial Denture Clasp	Y	Y	Y
	D5640	Replace Part Denture Teeth	Y	Y	Y
	D5650	Add Tooth to Partial Denture	Y	Y	Y
	D5660	Add Clasp to Partial Denture	Y	Y	Y
	D5750	Denture Reln Cmplt Max Lab	Y	Y	Y
	D5751	Denture Reln Cmplt Mand Lab	Y	Y	Y
	D5760	Denture Reln Part Maxil Lab	Y	Y	Y
D5761	Denture Reln Part Mand Lab	Y	Y	Y	
D5899 *	Remov. Prosthodontic Proced	Y	Y	Y	
Maxillofacial Prosthetics	D5913 *	Nasal Prosthesis	Y	Y	Y
	D5915 *	Orbital Prosthesis	Y	Y	Y
	D5916 *	Ocular Prosthesis	Y	Y	Y
	D5931 *	Obturator Prosthesis Surg	Y	Y	Y
	D5932 *	Obturator Prosthesis Definitive	Y	Y	Y
	D5934 *	Mandibular Rese Pros w/guide	Y	Y	Y
	D5935 *	Mandibular Rese Pros w/o guide	Y	Y	Y
	D5955 *	Palatal lift Prostheseis	Y	Y	Y
D5999 *	Unspecified Maxillofacial Prosthesis	Y	Y	Y	
Oral Surgery Codes	D7140	Extraction Erupted Tooth/Exr	Y	Y	Y
	D7220	Impact Tooth Remov Soft Tiss	Y	N	Y
	D7230	Impact Tooth Remov Part Bony	Y	N	Y
	D7240 *	Impact Tooth Remov Comp Bony	Y	N	Y
	D7241 *	Impact Tooth Rem Bony w Comp	Y	N	Y
	D7250 *	Tooth Root Removal	Y	N	Y
	D7270	Tooth Reimplantation	Y	N	Y
	D7280 *	Surg Access Unerupt tooth	Y	N	Y
	D7285	Biopsy of Oral Tissue Hard	Y	Y	Y
	D7286	Biopsy of Oral Tissue Soft	Y	Y	Y
	D7310	Alveoplasty w Extraction	Y	N	Y
	D7320	Alveoplasty wo Extraction	Y	N	Y
	D7450	Rem Odontogen Cyst to 1.25cm	Y	Y	Y
	D7451	Rem Odontogen Cyst > 1.25 Cm	Y	Y	Y
	D7460	Rem Nonodonto Cyst to 1.25cm	Y	Y	Y
	D7461	Rem Nonodonto Cyst > 1.25 Cm	Y	Y	Y
	D7471 *	Rem Exostosis Any Site	Y	N	Y
	D7510	I&d Absc Intraoral Soft Tiss	Y	Y	Y
	D7520	I&d Abscess Extraoral	Y	Y	Y
	D7671	Alveolus Open Reduction	Y	N	Y
	D7899 *	Tmj Unspecified Therapy	Y	N	Y
D7960 *	Frenulectomy/Frenulotomy	Y	N	Y	
D7970 *	Excision Hyperplastic Tissue	Y	N	Y	

	CDT Code	Code Description	Through 12/31/05	From 1/1/06 through 6/30/08	On or After 7/1/08
Orthodontic Codes	D8210 *	Orthodontic Rem Appliance Tx	Y	N	Y
	D8220 *	Fixed Appliance Therapy Habt	Y	N	Y
Adjunctive General Service Codes	D9220	General Anesthesia	Y	Y	Y
	D9610	Dent Therapeutic Drug Inject	Y	Y	Y
	D9999 *	Adjunctive Procedure Misc.	Y	Y	Y
	Y7255 *	Remov supernumary tooth	Y	N	Y