

---

**ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES**

**Plan de salud Central Health Medicare**

**CAC97**

Administrado por:



Delta Dental of California

**Índice**

Introducción.....	1
Definiciones .....	1
Cómo utilizar este plan: Elección del proveedor participante.....	3
Continuidad de la atención .....	4
Accesibilidad a los centros.....	4
Beneficios, limitaciones y exclusiones .....	4
Copagos y otros cargos.....	4
Servicios de emergencia .....	5
Servicios especializados .....	5
Segundas opiniones .....	5
Reclamaciones de reembolso .....	6
Compensación para proveedores.....	6
Políticas de procesamiento.....	6
Coordinación de Beneficios .....	7
Proceso de quejas y apelaciones .....	7
Renovación y terminación de los beneficios .....	7
Cancelación de la inscripción.....	8
Lista A: Descripción de beneficios y copagos.....	9
Lista B: Limitaciones y exclusiones de los beneficios.....	29

## INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de Central Health Medicare Plan. Su plan está administrado por Delta Dental of California ("Delta Dental"). Nuestro objetivo es brindarle la más alta calidad en cuidado dental y ayudarle a mantener una buena salud dental. Le animamos a que no espere a tener un problema para ver al dentista, sino que lo vea con frecuencia.

Este plan está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Merced, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

### Cómo usar esta Evidencia de Cobertura

Este Anexo de beneficios dentales ("Plan"), que incluye el Anexo A: Lista de copagos y Anexo B: Servicios, limitaciones y exclusiones explica los términos y condiciones de su cobertura, y está diseñado para ayudarle a aprovechar al máximo su plan dental. Este le ayudará a entender el funcionamiento del plan y a cómo obtener cuidados dentales. Lea este folleto detenidamente y por completo. Lea la sección "Definiciones", en la que se explicarán todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos en este plan.

Las explicaciones de los beneficios que se incluyen en este folleto del plan están sujetas a todas las disposiciones del contrato que se encuentra en el archivo con Central Health Medicare Plan ("Titular del contrato") y no modifican los términos ni las condiciones del contrato de ninguna manera, así como usted tampoco adquirirá ningún derecho por las declaraciones u omisiones del presente folleto.

**Aviso:** *Este folleto del plan es únicamente un resumen de su plan dental y su exactitud debe verificarse antes de recibir tratamiento. Esta información no es una garantía de pagos, servicios o beneficios cubiertos.*

### Contáctenos

Para obtener más información, visite [es.deltadentalins.com/centralhealth](https://es.deltadentalins.com/centralhealth) o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867 (TTY 711). Un representante de Servicio al Cliente puede responder las preguntas que usted tenga sobre cómo obtener cuidados dentales, ayudarle a ubicar un proveedor participante de Delta Dental, explicarle los beneficios, verificar el estado de una reclamación y ayudarle a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental al 855-370-3867 (TTY 711), durante el horario regular habitual para obtener información sobre la elegibilidad y los beneficios del miembro, el estado de la reclamación, o para hablar con un representante de Servicio al Cliente para recibir ayuda. Si prefiere ponerse en contacto con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta con sus consultas a la siguiente dirección:

Delta Dental  
1130 Sanctuary Parkway  
Alpharetta, GA 30009

## DEFINICIONES

Los términos que aparecen en mayúscula en este folleto del plan tienen significados definidos que aparecen en la siguiente sección o a lo largo de las secciones del folleto.

**Año calendario:** los 12 meses del año desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre.

**Año del plan:** los 12 meses que inician en la fecha de entrada en vigencia y cada periodo subsecuente de 12 meses.

**Apelación:** es lo que usted hace si no está de acuerdo con la decisión de denegación de una solicitud de servicios de cuidado dental o pago de los servicios que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión de detener los servicios que recibe. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si su plan no paga por un servicio que usted cree que debería poder recibir.

**Beneficios:** los servicios dentales que tiene derecho a recibir bajo este plan.

**Código de procedimiento:** el número del Nomenclador Dental Actual® (CDT, por sus siglas en inglés) asignado por la Asociación Dental Estadounidense a un procedimiento único.

**Contrato:** el acuerdo entre Central Health Medicare Plan y Delta Dental of California para la prestación de servicios dentales.

**Costos compartidos:** las cantidades que se pueden cobrar a los miembros como parte del costo de la prestación de los servicios cubiertos. Los costos compartidos bajo este plan consisten en los copagos que se incluyen en el Anexo A.

**Fecha de entrada en vigencia:** la fecha original en la que comienza el plan. Puede encontrar esta fecha en la portada de este folleto y en el Anexo A.

**Formulario de reclamación:** el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación o solicitar un presupuesto previo al tratamiento.

**Miembro:** una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en el plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

**Plan:** este plan dental que describe los beneficios, limitaciones, exclusiones, términos y condiciones de cobertura para los miembros inscritos en Medicare Advantage Plan del titular del contrato.

**Presupuesto previo al tratamiento:** presupuesto de los beneficios autorizados bajo el plan para los servicios propuestos.

**Procedimiento único:** procedimiento dental al que se le asigna un código de procedimiento independiente.

**Proveedor no participante:** un dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para ser un proveedor participante bajo este plan.

**Proveedor participante de Delta Dental (proveedor participante):** se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología, cuándo y dónde se realiza, y que ha firmado un contrato con Delta Dental en el que está de acuerdo con participar en este plan y a ofrecer servicios cubiertos de odontología general a los miembros.

**Razonable:** se refiere a que un miembro aplica un juicio prudente al determinar que existe una emergencia dental y realiza al menos un intento por contactar a su proveedor participante para obtener servicios de emergencia y, en el caso de que el proveedor participante no esté disponible, hace al menos un intento por contactar a Delta Dental para pedir ayuda antes de buscar atención por parte de otro proveedor participante.

**Servicios de emergencia:** se refiere al cuidado dental proporcionado a un miembro que es necesario para tratar una enfermedad dental que se manifiesta como un síntoma lo suficientemente grave, incluido el dolor intenso, que en caso de no atenderse de forma inmediata el miembro podría esperar razonablemente que se derive en: (i) un grave peligro para su salud dental o (ii) un deterioro grave de sus funciones dentales.

**Servicios especializados:** se refiere a servicios prestados por un dentista con la licencia correspondiente que se especializa en cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, los cuales deben ser autorizados previamente por escrito por Delta Dental.

**Titular del contrato:** Central Health Medicare Plan.

**Tratamiento en curso:** se refiere a todo procedimiento dental único, según se define en el código del procedimiento, que haya sido iniciado mientras el miembro era elegible para recibir beneficios y que requiere varias citas para ser completado, independientemente de si el miembro sigue siendo elegible para recibir tales beneficios bajo el plan. Algunos ejemplos son: dientes que fueron preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares en las que se estableció un tiempo de trabajo, o dentaduras postizas totales o parciales para las que se tomó una impresión.

#### **Cómo utilizar este plan: Elección del proveedor participante**

Para recibir los beneficios bajo este plan, debe seleccionar un proveedor participante del directorio de proveedores participantes. Si no elige un proveedor participante o el proveedor participante que usted eligió no está disponible, le solicitaremos que seleccione otro proveedor participante o lo asignaremos a uno. Puede cambiar su proveedor participante asignado si envía una solicitud al Departamento de Servicio al Cliente al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para garantizar que su proveedor participante reciba un aviso y que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, los cambios en los proveedores participantes realizados antes del día 15 del mes entrarán en vigencia de inmediato. Las elecciones que se realizan a partir del día 16 del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Poco tiempo después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía que le informará la fecha de entrada en vigencia de su plan, así como la dirección y el número de teléfono de su proveedor participante. Después de la fecha de entrada en vigencia que aparece en su paquete de membresía, usted podrá obtener servicios dentales bajo este plan. Para programar una cita, solo llame al centro de su proveedor participante e identifíquese como miembro de Central Health Medicare Plan. Las consultas sobre la disponibilidad de citas y la accesibilidad de los proveedores participantes deben dirigirse al departamento de Servicio al Cliente al 855-370-3867 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

**CADA MIEMBRO DEBE ACUDIR A SU PROVEEDOR PARTICIPANTE ASIGNADO PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS, EXCEPTO LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O LOS SERVICIOS PRESTADOS POR UN ESPECIALISTA, QUE DEBEN SER AUTORIZADOS PREVIAMENTE POR ESCRITO POR DELTA DENTAL. CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO NO ESTÁ CUBIERTO BAJO ESTE PLAN.**

Si el acuerdo de su proveedor participante con Delta Dental terminara, dicho proveedor participante completará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la que se hayan tomado impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente en el que se haya comenzado a trabajar (por ejemplo, la terminación de una endodoncia en progreso y la entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

### **Continuidad de la atención**

#### Miembros actuales:

Puede tener derecho de terminar el cuidado con su proveedor participante que ya no está contratado para ciertas enfermedades dentales especificadas. Llame a Servicio al Cliente al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para saber si usted es elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política sobre la Continuidad en la Atención. Debe realizar una solicitud específica para que su proveedor participante que ya no está contratado le siga atendiendo. No tenemos la obligación de continuar su atención con ese proveedor participante si usted no es elegible para la cobertura bajo el plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor participante que ya no está contratado respecto a los términos de su atención.

#### Miembros nuevos:

Puede tener derecho al beneficio calificado de completar la atención médica con un proveedor no participante para determinadas enfermedades dentales especificadas. Llame al Departamento de Servicio al Cliente al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), para saber si usted es elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política sobre la Continuidad en la Atención. Debe realizar una solicitud específica para que su proveedor no participante actual lo siga atendiendo. No tenemos la obligación de continuar su atención con ese dentista si usted no es elegible bajo el plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su dentista con respecto a los términos de su atención.

### **Accesibilidad a los centros**

Muchos centros dentales ofrecen a Delta Dental información sobre las características especiales de sus consultorios, incluida información de accesibilidad para pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad a los centros, póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

### **Beneficios, limitaciones y exclusiones**

Este plan proporciona los beneficios descritos en el Anexo A, *Descripción de beneficios y copagos*, sujeto a las limitaciones y exclusiones descritas en el Anexo B. Los servicios se realizan según lo considere apropiado su proveedor participante tratante. Un proveedor participante puede proporcionar servicios ya sea personalmente o a través de técnicos, higienistas o dentistas asociados que puedan proporcionar estos servicios legalmente.

### **Copagos y otros cargos**

Usted debe pagar todos los copagos que se incluyen en el Anexo A, *Descripción de beneficios y copagos*, directamente al proveedor participante o especialista que brinde el tratamiento. Los cargos por citas canceladas (a menos que se le avise al dentista con 24 horas de anticipación como mínimo o que una emergencia no le permita hacerlo) y los cargos por las consultas después del horario habitual de atención se detallan en la sección "*Descripción de beneficios y copagos*".

### Servicios de emergencia

Si necesita servicios de emergencia, debe ponerse en contacto con su proveedor participante siempre que sea posible. Si usted es un miembro nuevo que necesita servicios de emergencia, pero aún no tiene un proveedor participante asignado, póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda para encontrar un proveedor participante. Los beneficios por servicios de emergencia proporcionados por un proveedor no participante están limitados al cuidado necesario para estabilizar su enfermedad o brindar alivio paliativo cuando usted:

- 1) haya hecho un intento razonable de ponerse en contacto con su proveedor participante y éste no esté disponible, o no le pueda dar atención en un plazo de 24 horas a partir del momento en que usted se comunicó; o
- 2) haya hecho un intento razonable de ponerse en contacto con Delta Dental antes de recibir los servicios de emergencia, o sea razonable para usted el acceder a los servicios de emergencia sin contacto previo con Delta Dental; o
- 3) crea razonablemente que debido a su estado clínico es inadecuado desde el punto de vista dental o médico trasladarse hasta el lugar donde atiende el proveedor participante para recibir los servicios de emergencia.

Los beneficios de emergencia que no los proporcione el proveedor participante están limitados a un límite máximo de \$100.00 por emergencia menos el copago aplicable. Si se supera el límite máximo o no se cumplen las condiciones que se mencionaron, usted será responsable de pagar cualquier cargo por los servicios de un dentista que no sea su proveedor participante.

### Servicios especializados

Los servicios especializados deben recibirse por referencia del proveedor participante asignado y contar con la autorización previa por escrito de Delta Dental. Todos los servicios especializados autorizados previamente correrán por nuestra cuenta, menos los copagos correspondientes.

### Segundas opiniones

Puede solicitar una segunda opinión si no está de acuerdo o cuestiona el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento elaborados por su proveedor participante. Delta Dental también puede solicitar que usted obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la pertinencia del tratamiento dental o la aplicación de los beneficios.

Las segundas opiniones serán proporcionadas por un dentista con la licencia correspondiente de manera oportuna y adecuada para la naturaleza de su enfermedad. Las solicitudes relacionadas con casos de amenaza inminente y grave para la salud se resolverán de manera urgente (la autorización se aprueba o se deniega en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud, cuando sea posible). Para obtener asistencia o información adicional relacionada con los procedimientos y plazos de las autorizaciones de segundas opiniones, póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o escriba a Delta Dental.

Se ofrecerán segundas opiniones en el centro de otro proveedor participante, a menos que Delta Dental autorice otra cosa. Delta Dental autorizará una segunda opinión mediante un proveedor no participante, si no hay un proveedor participante disponible. Delta Dental pagará solamente las segundas opiniones que Delta Dental haya aprobado o autorizado. En caso de que Delta Dental no autorice la segunda opinión, se le enviará una notificación por escrito. Si usted no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una apelación ante Central Health Medicare Plan. Consulte la sección de este folleto titulada "Proceso de quejas y apelaciones" a continuación para obtener una explicación de cómo presentar una apelación.

### **Reclamaciones para reembolsos**

Las reclamaciones por servicios de emergencia o servicios especializados autorizados previamente se deben presentar ante Delta Dental dentro de los 90 días posteriores a la fecha en la que termine el tratamiento. Se revisarán las reclamaciones válidas recibidas después del periodo de 90 días si usted puede demostrar que no fue razonablemente posible presentar una reclamación en ese plazo. La dirección para presentar las reclamaciones es: Claims Department, P. O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

### **Compensación para proveedores**

Un proveedor participante recibe compensación de Delta Dental a través de una capitación mensual (una cantidad basada en el número de miembros asignados al proveedor participante), y de los miembros a través del costo compartido para el tratamiento recibido. Delta Dental compensa a un especialista a través de una cantidad acordada por cada procedimiento cubierto, menos el copago aplicable que paga el miembro. Delta Dental no paga incentivos a un proveedor participante o a un especialista en ningún caso para que deniegue, reduzca, limite o retrase cualquier tratamiento apropiado.

En caso de que no podamos pagarle a un proveedor participante, usted no será responsable de pagarle a dicho proveedor participante la cantidad que nosotros le debemos. El contrato del proveedor participante con Delta Dental incluye una cláusula que prohíbe al proveedor participante cobrarle al miembro cualquier cantidad adeudada por Delta Dental. A excepción de las disposiciones estipuladas en la sección *Servicios de emergencia*, si no recibió la autorización previa para recibir un tratamiento por parte de un proveedor no participante o especialista y nosotros no le pagamos a dicho dentista, es posible que usted sea responsable ante dicho dentista por el costo de los servicios que reciba.

**Puede obtener más información con respecto a la compensación llamando a Delta Dental al número de teléfono gratuito que aparece en este folleto.**

### **Políticas de procesamiento**

Las guías de cuidado dental del plan explican a los proveedores participantes qué servicios están cubiertos bajo el contrato dental. Los proveedores contratados utilizarán su criterio profesional para determinar qué servicios son adecuados para el miembro. Los servicios proporcionados por el proveedor participante que se encuentren dentro del alcance de los beneficios de este plan dental se brindarán sujetos a cualquier copago. Si un proveedor participante cree que un miembro debe recibir tratamiento de un especialista, el proveedor participante se pondrá en contacto con Delta Dental para determinar si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Asimismo, Delta Dental determinará si el tratamiento propuesto lo debe suministrar un especialista. Los miembros pueden ponerse en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información relacionada con las guías de cuidado dental del plan.



### **Coordinación de beneficios**

Este plan otorga beneficios independientemente de la cobertura de cualquier otra póliza de seguro grupal o cualquier otro plan de beneficios de salud grupal si la otra póliza o el otro plan cubre servicios o gastos además del cuidado dental. De lo contrario, los beneficios que los especialistas o proveedores no participantes ofrecen conforme a este plan se coordinan con dicha póliza de seguro dental grupal o cualquier plan de beneficios dentales grupales. Las reglas que se declaran en el contrato regirán la determinación de qué póliza o plan es el principal.

Si éste es un plan secundario, pagará lo que sea menor de lo siguiente:

- la cantidad que habría pagado si no hubiera otra cobertura de beneficios dentales; o
- los gastos de bolsillo totales que el afiliado debe pagar bajo el plan de beneficios dentales principal.

Un miembro debe proporcionar a Delta Dental cualquier información sobre el miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de beneficios, y Delta Dental podrá divulgarla a cualquier compañía de seguros u otra organización, o bien podrá obtenerla de éstas. Delta Dental determinará, según su criterio, si se justifica el reembolso a cualquier compañía de seguros u otra organización bajo estas disposiciones de coordinación de beneficios, y cualquier reembolso pagado se considerará como beneficio bajo este plan. Delta Dental tendrá derecho a recuperar de un dentista, miembro, compañía de seguros u otra organización, de acuerdo con la decisión de Delta Dental, la cantidad pagada por Delta Dental en beneficios que exceda sus obligaciones bajo estas disposiciones de coordinación de beneficios.

### **Proceso de quejas y apelaciones**

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solamente la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales proporcionados por proveedores participantes hasta la cortesía con la que le atienden nuestros representantes por teléfono. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la denegación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales prestados por un proveedor participante, usted tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante Central Health Medicare Plan. Consulte su folleto de Evidencia de Cobertura de Central Health Medicare Plan para obtener información sobre el proceso de quejas o póngase en contacto con Central Health Medicare Plan al número de teléfono 866-314-2427 que aparece en su n.º de identificación del miembro de Central Health Medicare Plan.

### **Renovación y terminación de los beneficios**

Este plan se renueva en el aniversario del plazo del contrato, a menos que presentemos un aviso de un cambio en las primas o en los beneficios y Central Health Medicare Plan no acepte dicho cambio. Todos los beneficios terminan para cualquier miembro en la fecha en la que termine este plan, en la fecha en la que dicha persona deje de ser elegible bajo los términos de este plan o en la fecha en la que la afiliación de dicha persona al plan se cancele bajo los términos de este plan. No tenemos la obligación de continuar brindando beneficios a ninguna persona en dicho caso, excepto para terminar los procedimientos únicos que se hayan iniciado mientras este plan estaba vigente.

**Cancelación de la inscripción**

Para ser elegible bajo los beneficios de acuerdo con este plan, usted debe estar inscrito en alguno de los diversos planes de salud de Medicare Advantage o productos que ofrece Central Health Medicare Plan. Si usted pierde su elegibilidad o cancela su inscripción en Central Health Medicare Plan, no es elegible para recibir beneficios bajo este plan. Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura de Central Health Medicare Plan para conocer los términos y las condiciones de inscripción.

## LISTA A

### Descripción de beneficios y copagos

#### DHMO - CAC97

Los beneficios que se muestran a continuación se realizan según lo considere apropiado el dentista contratado, y se encuentran sujetos a las *limitaciones y exclusiones* del plan. Consulte la *Lista B* para obtener una explicación más detallada de los beneficios. **Usted debe hablar sobre todas las opciones de tratamiento con su dentista contratado antes de recibir los servicios.**

El texto que aparece en letra cursiva a continuación tiene como finalidad específica aclarar la provisión de beneficios bajo el programa de la Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO, por sus siglas en inglés) y no se debe interpretar como nomenclatura, descriptores ni códigos de procedimiento del Nomenclador Dental Actual ("CDT") 2025, los cuales están protegidos por derechos de propiedad intelectual pertenecientes a la Asociación Dental Estadounidense ("ADA", por sus siglas en inglés). La ADA puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones del CDT. Dichos códigos actualizados, descriptores y nomenclatura pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de acuerdo a legislación federal.

<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	EL AFILIADO <u>PAGA</u>
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO	
D0120	Evaluación periódica de la boca, paciente establecido, <i>dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0140	Evaluación limitada de la boca, focalizada en el problema, <i>dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0150	Evaluación completa de la boca, paciente nuevo o establecido, <i>una evaluación completa (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación</i>	Sin costo
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca, focalizada en el problema, por informe, <i>dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0170	Reevaluación, limitada, focalizada en el problema (paciente establecido; no consulta postoperatoria), <i>dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0171	Reevaluación, consulta posoperatoria en el consultorio	Sin costo
D0180	Evaluación periodontal completa, paciente nuevo o establecido, <i>una evaluación completa (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación</i>	Sin costo
D0190	Revisión del paciente, <i>una (D0190 o D0191) cada año calendario</i>	Sin costo
D0191	Evaluación de un paciente, <i>una (D0190 o D0191) cada año calendario</i>	Sin costo
D0210	Intrabucal, serie completa de radiografías, <i>una (D0210 o D0330) cada año calendario</i>	Sin costo
D0220	Intrabucal, primera radiografía periapical, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo

D0230	Intrabucal, cada radiografía periapical adicional, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo
D0240	Intrabucal, radiografía oclusal, <i>1 por arco dentario por día</i>	Sin costo
D0250	Extrabucal, radiografía de proyección en 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector, <i>una por año calendario</i>	Sin costo
D0251	Radiografías dentales posteriores extrabucales	Sin costo
D0270	Radiografía de mordida, radiografía única, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo
D0272	Radiografías de mordida, dos radiografías, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo
D0273	Radiografías de mordida, tres radiografías, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo
D0274	Radiografías de mordida, cuatro radiografías, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo
D0277	Radiografías de mordida verticales, de 7 a 8 radiografías, <i>una D0277 cada año calendario</i>	Sin costo
D0330	Radiografía panorámica, <i>una (D0210 o D0330) cada año calendario</i>	Sin costo
D0340	Radiografía cefalométrica 2D, adquisición, medida y análisis, <i>1 de por vida</i>	Sin costo
D0396	Impresión 3D de una exploración de la superficie dental en 3D	Sin costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición, <i>una cada 2 años calendarios</i>	\$6.00
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa, <i>una cada 2 años calendarios</i>	Sin costo
D0470	Moldes para diagnóstico, <i>1 de por vida</i>	Sin costo
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo bajo, <i>una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado, <i>una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo alto, <i>una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe, <i>incluye visitas al consultorio, por consulta (además de otros servicios)</i>	Sin costo
D1000-D1999	II. PREVENCIÓN	
D1110	Limpieza, <i>profilaxis para adultos, dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	Sin costo
D1206	Aplicación de barniz de flúor, <i>dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario</i>	Sin costo

D1208	Aplicación de barniz de flúor, no incluye el barniz, <i>dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario</i>	Sin costo
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales, <i>una cada año calendario</i>	Sin costo
D1320	Orientación sobre el tabaco para el control y la prevención de las enfermedades de la boca, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo
D1330	Instrucciones de higiene bucal, <i>una cada año calendario</i>	Sin costo

D2000-D2999            III. SERVICIOS DE RESTAURACIÓN

*- Incluye pulido, todos los agentes adhesivos y aglutinantes, recubrimiento indirecto de la pulpa, bases, cubrimientos cavitarios y procedimientos de grabado al ácido.*

*- La extracción de una restauración indirecta es parte de un procedimiento restaurativo posterior.*

*- El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay e incrustaciones onlay requiere que la restauración existente tenga más 5 años de antigüedad.*

*- Los empastes se limitan a un empaste compuesto de resina o amalgama por superficie por diente, cada 2 años calendario.*

*Las coronas o púnticos de marca, procesados en laboratorios o elaborados en consultorios a partir de técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los \$325.00 además del copago mencionado en la lista.*

*- El beneficio es con metal base. Se cobrará un cargo adicional de hasta \$250.00 por la mejora de cada diente si las coronas, los púnticos, las incrustaciones inlay, las incrustaciones onlay o el perno-muñón se fabrican indirectamente con alto contenido de metal noble. Este cargo también se aplica en coronas de titanio.*

*- La porcelana y otros materiales del color de los dientes (es decir, resina) que se aplican en las muelas se consideran materiales para realizar mejoras que tienen un límite máximo de cargo adicional para el afiliado de \$250.00.*

*- Dos procedimientos de corona, incrustación onlay o inlay cada año calendario (cualquier combinación de D2510 - D2794).*

*- Dos procedimientos de empaste cada año calendario (cualquier combinación de D2140 - D2394).*

*- Dos coronas prefabricadas (D2929, D2930, D2931, D2932 o D2933) cada año calendario.*

D2140	Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes	\$40.00
D2150	Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes	\$50.00
D2160	Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes	\$60.00
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	\$70.00
D2330	Compuesto de resina, una superficie, dientes anteriores	\$60.00
D2331	Compuesto de resina, dos superficies, dientes anteriores	\$70.00
D2332	Compuesto de resina, tres superficies, dientes anteriores	\$80.00

D2335	Compuesto de resina, cuatro o más superficies (dientes anteriores)	\$90.00
D2390	Compuesto de resina, corona, dientes anteriores	\$98.00
D2391	Compuesto de resina, una superficie, dientes posteriores	\$90.00
D2392	Compuesto de resina, dos superficies, dientes posteriores	\$100.00
D2393	Compuesto de resina, tres superficies, dientes posteriores	\$110.00
D2394	Compuesto de resina, cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$120.00
D2510	Incrustación inlay, metálica, una superficie	\$300.00
D2520	Incrustación inlay, metálica, dos superficies	\$300.00
D2530	Incrustación inlay, metálica, tres o más superficies	\$300.00
D2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies	\$400.00
D2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies	\$400.00
D2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies	\$400.00
D2610	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, una superficie	\$400.00
D2620	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, dos superficies	\$400.00
D2630	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, tres o más superficies	\$400.00
D2642	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, dos superficies	\$400.00
D2643	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, tres superficies	\$400.00
D2644	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, cuatro o más superficies	\$400.00
D2650	Incrustación inlay, compuesto de resina, una superficie	\$400.00
D2651	Incrustación inlay, compuesto de resina, dos superficies	\$400.00
D2652	Incrustación inlay, compuesto de resina, tres superficies o más	\$400.00
D2662	Restauración onlay, compuesto de resina, dos superficies	\$400.00
D2663	Incrustación onlay, compuesto de resina, tres superficies	\$400.00
D2664	Restauración onlay, compuesto de resina, cuatro superficies o más	\$400.00
D2710	Corona, compuesto de resina (indirecta), <i>limitada a los dientes permanentes anteriores</i>	\$200.00
D2712	Corona, 3/4 de compuesto de resina (indirecta)	\$200.00
D2720	Corona, resina con alto contenido de metal noble	\$200.00

D2721	Corona, resina de metal base principalmente	\$200.00
D2722	Corona, resina con metal noble	\$200.00
D2740	Corona, porcelana o cerámica	\$400.00
D2750	Corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$350.00
D2751	Corona, porcelana fundida de metal base principalmente	\$275.00
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	\$400.00
D2753	Corona, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$305.00
D2780	Corona, molde de 3/4 con alto contenido de metal noble	\$400.00
D2781	Corona, molde de 3/4 de metal base principalmente	\$400.00
D2782	Corona, molde de 3/4 de metal noble	\$400.00
D2783	Corona, 3/4 porcelana o cerámica	\$400.00
D2790	Corona, molde completo con alto contenido de metal noble	\$400.00
D2791	Corona, molde completo de metal base principalmente	\$400.00
D2792	Corona, molde completo de metal noble	\$400.00
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	\$400.00
D2799	Corona provisional, se requiere tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de las impresiones finales	\$25.00
D2910	Recementación o readhesión de incrustación inlay, incrustación onlay, revestimiento o restauración de cobertura parcial, <i>una por diente de por vida</i>	\$50.00
D2915	Recementación o readhesión de perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente, <i>una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D2920	Recementación o readhesión de corona, <i>una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$98.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana o cerámica, dientes permanentes, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$155.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana o cerámica, dientes primarios, dientes anteriores, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$190.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes primarios, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$150.00

D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$170.00
D2932	Corona prefabricada de resina, dientes primarios, dientes primarios anteriores, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$170.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$190.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional, <i>una (D2940 o D2941) por diente de por vida</i>	\$40.00
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta	\$150.00
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas espigas cuando sea necesario, <i>una (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	\$150.00
D2951	Retención de la espiga, por diente, además de la restauración, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D2952	Perno-muñón además de la corona, fabricado indirectamente, <i>uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	\$220.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente, <i>uno por diente cada 5 años calendario cuando se factura con D2952</i>	\$110.00
D2954	Perno-muñón prefabricado además de la corona, <i>uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	\$160.00
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural	Sin costo
D2957	Cada perno adicional prefabricado (mismo diente) de <i>metal base incluye la preparación del conducto</i>	\$110.00
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente, <i>uno por diente cada 5 años calendario</i>	\$50.00
D2975	Cofia, <i>una por diente cada 5 años calendario</i>	\$110.00
D2976	Estabilización de banda, por diente, <i>se limita a una vez por diente de por vida</i>	\$60.00
D2980	Arreglo de la corona por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00
D2981	Arreglo de la incrustación inlay por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00
D2982	Arreglo de la incrustación onlay por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00
D2983	Arreglo del revestimiento por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad	Sin costo



D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa, <i>una cada 2 años calendario</i>	\$65.00
D2991	Aplicación del medicamento regenerador de hidroxiapatita, por diente, <i>se limita a dos veces por diente en un periodo de 12 meses</i>	\$65.00
D3000-D3999	IV. ENDODONCIA	
	<i>- Los servicios de endodoncia se limitan a 1 por diente, de por vida (es decir, conducto radicular).</i>	
	<i>- Dos procedimientos de conducto radicular cada año calendario (D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 o D3348)</i>	
D3110	Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final)	\$25.00
D3120	Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final)	\$40.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos, <i>una (D3220 o D3321) por diente de por vida</i>	\$150.00
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes, <i>uno (D3220 o D3321) por diente de por vida</i>	\$150.00
D3230	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles), dientes anteriores, dientes primarios, (no incluye la restauración final), <i>una por diente de por vida</i>	\$180.00
D3240	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles), dientes posteriores, dientes primarios, (no incluye la restauración final), <i>una por diente de por vida</i>	\$300.00
D3310	<i>Conducto radicular</i> , tratamiento endodóncico, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	\$380.00
D3320	<i>Conducto radicular</i> , tratamiento endodóncico, dientes premolares (no incluye la restauración final)	\$490.00
D3330	<i>Conducto radicular</i> , tratamiento endodóncico, molares (no incluye la restauración final)	\$620.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular, sin acceso quirúrgico	\$180.00
D3332	Tratamiento endodóncico incompleto, diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$200.00
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna, <i>uno por diente de por vida</i>	\$160.00
D3346	Tratamiento posterior del tratamiento del conducto radicular previo, dientes anteriores	\$500.00
D3347	Tratamiento posterior del tratamiento del conducto radicular previo, premolares	\$620.00
D3348	Tratamiento posterior del tratamiento del conducto radicular previo, molares	\$720.00
D3351	Formación del ápice y recalcificación, consulta inicial (cierre apical, arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.), <i>una por diente de por vida</i>	\$190.00
D3352	Formación del ápice y recalcificación, reemplazo provisional de medicación, <i>una por diente de por vida</i>	\$130.00

D3353	Formación del ápice y recalcificación, consulta final (incluye tratamiento de endodoncia completado, cierre apical, arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.), <i>una por diente de por vida</i>	\$150.00
D3410	Apicectomía, dientes anteriores, <i>una por diente de por vida</i>	\$420.00
D3421	Apicectomía, premolares (primera raíz), <i>una por diente de por vida</i>	\$460.00
D3425	Apicectomía, molares (primera raíz), <i>una por diente de por vida</i>	\$480.00
D3426	Apicectomía, (cada raíz adicional), <i>una por diente de por vida</i>	\$150.00
D3430	Empaste retrógrado, por raíz, <i>uno por diente de por vida</i>	\$130.00
D3450	Amputación de la raíz, por raíz, <i>una por diente de por vida</i>	\$220.00
D3920	Hemisección (incluye extracción de cualquier raíz), no incluye tratamiento de conducto radicular, <i>una por diente de por vida</i>	\$190.00
D3921	Descoronación o sumersión de un diente erupcionado, <i>una por diente de por vida</i>	\$80.00
D4000-D4999	V. PERIODONCIA	
<i>- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.</i>		
<i>No se permite la limpieza de sarro periodontal y alisado radicular en más de 2 cuadrantes por cita o por día.</i>		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$220.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$150.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente, <i>una por diente cada 3 años calendario</i>	Sin costo
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$540.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$540.00
D4245	Colgajo en posición apical, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$425.00
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro, <i>uno por diente permanente de por vida</i>	\$500.00
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$780.00
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y cierre), de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$550.00

D4263	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$360.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$300.00
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando: <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$400.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial o distal, un solo diente (cuando éste no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica), <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$320.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) primer diente, implante, o posición sin dientes en injerto, <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$480.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) cada diente contiguo adicional, implante, o posición sin dientes en el mismo sitio del injerto, <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$480.00
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante, <i>una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario</i>	\$60.00
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, uno a tres dientes por cuadrante, <i>una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario</i>	\$60.00
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa, boca completa, después de evaluación oral, <i>dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	\$15.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal completa y diagnóstico en la consulta posterior, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$40.00
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de descarga controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$40.00
D4910	Mantenimiento periodontal, <i>dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	\$40.00
D4921	Irrigación gingival con medicamento, por cuadrante	Sin costo

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)

- Para todas las dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales mencionadas, el copago incluye ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros seis meses posteriores a la colocación. Para todas las dentaduras postizas inmediatas y dentaduras postizas parciales extraíble inmediatas mencionadas, el copago incluye ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros tres meses posteriores a la colocación. Usted debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro del dentista contratado donde se entregó la dentadura postiza originalmente.

- El reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial requiere que ésta tenga 5 años o más de antigüedad.

D5110	Dentadura postiza completa, maxilar, <i>una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130, D5863) cada 5 años calendario</i>	\$450.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular, <i>una dentadura postiza mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario</i>	\$450.00
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar, <i>una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130, D5863) cada 5 años calendario</i>	\$600.00
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular, <i>una dentadura postiza mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario</i>	\$600.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario</i>	\$500.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario</i>	\$500.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, molde de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario</i>	\$600.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes)	\$600.00
D5221	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario</i>	\$350.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario</i>	\$350.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, molde de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario</i>	\$600.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, molde de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario</i>	\$600.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario</i>	\$600.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario</i>	\$600.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo

D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo
D5511	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada, mandibular, <i>uno cada año calendario</i>	\$100.00
D5512	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada, maxilar, <i>uno cada año calendario</i>	\$100.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (por diente), <i>una cada año calendario</i>	\$80.00
D5611	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, mandibular, <i>uno (D5611 o D5621) cada año calendario</i>	\$120.00
D5612	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar, <i>uno (D5612 o D5622) cada año calendario</i>	\$120.00
D5621	Arreglo del molde de la estructura dental parcial, mandibular, <i>uno (D5611 o D5621) cada año calendario</i>	\$140.00
D5622	Arreglo del molde de la estructura dental parcial, maxilar, <i>uno (D5612 o D5622) cada año calendario</i>	\$140.00
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de retención y sujeción rotos, por diente, <i>uno (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$140.00
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente, <i>uno (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$100.00
D5650	Adición de dientes a dentadura postiza parcial existente, por diente, <i>una (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$100.00
D5660	Adición de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente, <i>una (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$120.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (maxilar), <i>2 cada año calendario</i>	\$300.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (mandibular), <i>2 cada año calendario</i>	\$300.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00

D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el consultorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el consultorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el laboratorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el laboratorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00
D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecta, <i>dos (D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$101.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), maxilar, <i>una cada 5 años calendario</i>	\$300.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), mandibular, <i>una cada 5 años calendario</i>	\$300.00
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilares, <i>uno cada año calendario</i>	\$50.00
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibulares, <i>uno cada año calendario</i>	\$50.00
D5863	Sobredentadura, completa maxilar, <i>una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130, D5863) cada 5 años calendario</i>	\$450.00
D5864	Sobredentadura, parcial maxilar, <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227, D5864) cada 5 años calendario</i>	\$450.00
D5900-D5999	VII. DE PRÓTESIS MAXILOFACIALES: Sin cobertura	
D6000-D6199	VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE	

*Todos los servicios relacionados con los implantes se muestran con la cantidad de copago exacta del miembro. No se permite ningún cargo adicional por la porcelana, el metal noble, el alto contenido de metal noble o el titanio en procedimientos relacionados con los implantes*

*- Una colocación de implante quirúrgico (D6010, D6013 o D6040) por sitio de implante cada 5 años calendario*

*- Una corona sostenida con diente de soporte o retenedor por diente cada 5 años calendario*

- Dos prótesis sostenidas por implante (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082 o D6094) cada año calendario

- Una prótesis sostenida por implante (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082 o D6094) por sitio de implante cada 5 años calendario

D6010	Colocación quirúrgica de implante craneofacial: implante endostal, <i>dos (D6010 o D6013) cada año calendario</i>	\$1,023.00
D6011	Cirugía de implantes de segunda fase, <i>se incluye en el cargo de D6010</i>	\$247.00
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisional, <i>dos cada año calendario</i>	\$726.00
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante, <i>dos (D6010 o D6013) cada año calendario</i>	\$665.00
D6040	Colocación quirúrgica: implante epóstico, <i>uno cada año calendario</i>	\$2,160.00
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico, <i>uno cada año calendario</i>	\$2,051.00
D6055	Barra de acoplamiento, sostenida con implantes o diente de soporte, <i>una cada año calendario, una por arco dentario cada 5 años calendario</i>	\$250.00
D6056	Diente de soporte prefabricado, que incluye modificación y colocación, <i>dos (D6056, D6057) cada año calendario, uno por sitio de implante cada 5 años calendario</i>	\$418.00
D6057	Diente de soporte a medida, <i>dos (D6056 o D6057) cada año calendario, uno por sitio de implante cada 5 años calendario</i>	\$486.00
D6058	Corona de porcelana o cerámica sostenida con diente de soporte	\$1,110.00
D6059	Corona de porcelana fundida a metal sostenida con diente de soporte (alto contenido de metal noble)	\$1,096.00
D6060	Corona de porcelana fundida a metal sostenida con diente de soporte (de metal base principalmente)	\$350.00
D6061	Corona de porcelana fundida a metal sostenida con diente de soporte (de metal noble)	\$1,056.00
D6062	Corona de molde de metal sostenida con diente de soporte (alto contenido de metal noble)	\$1,003.00
D6063	Corona de molde de metal sostenida con diente de soporte (de metal base principalmente)	\$861.00
D6064	Corona de molde de metal sostenida con diente de soporte (metal noble)	\$912.00
D6065	Corona de porcelana o cerámica sostenida con implantes	\$1,040.00
D6066	Corona sostenida con implantes, porcelana fundida con aleaciones altamente nobles	\$1,013.00
D6067	Corona sostenida con implantes, aleaciones altamente nobles	\$984.00
D6068	Retenedor sostenido con diente de soporte para dentadura postiza parcial fija (FPD, por sus siglas en inglés) de porcelana o cerámica	\$1,110.00

D6069	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble)	\$1,096.00
D6070	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (de metal base principalmente)	\$1,035.00
D6071	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (contenido de metal noble)	\$1,056.00
D6072	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de molde de metal (alto contenido de metal noble)	\$1,028.00
D6073	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de molde de metal (de metal base principalmente)	\$930.00
D6074	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de molde de metal (contenido de metal noble)	\$1,005.00
D6075	Retenedor sostenido con implante para FPD de cerámica	\$1,092.00
D6076	Retenedor sostenido con implantes para FDP, porcelana fundida con aleaciones altamente nobles	\$1,064.00
D6077	Retenedor sostenido con implantes para FDP de metal, aleaciones altamente nobles	\$984.00
D6082	Corona sostenida con implantes, porcelana fundida a aleaciones de metal base principalmente	\$350.00
D6089	Acceso y reapriete de tornillos de implantes sueltos, por tornillo, <i>se limita a una vez cada 24 meses</i>	\$45.00
D6090	Arreglo de prótesis sostenida con implantes o dientes de soporte, <i>uno cada 5 años calendario</i>	\$127.00
D6091	Reemplazo de pieza reemplazable, <i>una cada 5 años calendario</i>	\$136.00
D6092	Recementado o readhesión de corona sostenida con implante o con dientes de soporte, <i>uno por arco dentario cada año calendario</i>	\$45.00
D6093	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija sostenida con implante o con dientes de soporte, <i>uno por arco dentario cada año calendario</i>	\$65.00
D6094	Corona sostenida con diente de soporte, titanio y aleaciones de titanio	\$670.00
D6096	Extracción del tornillo de retención del implante roto, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$45.00
D6101	Desbridamiento de un defecto por periimplantitis, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$263.00
D6102	Desbridamiento o remodelación ósea de un defecto por periimplantitis, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$47.00
D6103	Injertos de hueso para el arreglo de un defecto por periimplantitis, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$263.00



D6110	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, maxilar, <i>un arco dentario maxilar (D6110, D6112, D6114 o D6116) cada 5 años calendario</i>	\$907.00
D6111	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, mandibular, <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$907.00
D6112	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, maxilar, <i>1 cada 5 años calendario (ya sea D5110 o D5211 o D5213 o D5221 o D5223 o D5225 o D5227 o D6110 o D6112) por paciente por arco dentario</i>	\$573.00
D6113	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, mandibular, <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$573.00
D6114	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, maxilar, <i>un arco dentario maxilar (D6110, D6112, D6114 o D6116) cada 5 años calendario</i>	\$954.00
D6115	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, mandibular: <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$954.00
D6116	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, maxilar, <i>un arco dentario maxilar (D6110, D6112, D6114 o D6116) cada 5 años calendario</i>	\$842.00
D6117	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, mandibular, <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$842.00
D6194	Corona de retención sostenida con dientes de soporte, FPD, titanio y aleaciones de titanio, <i>una cada año calendario</i>	\$400.00

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])

*- El reemplazo de una corona, pónico, incrustación inlay, restauración onlay o dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años o más de antigüedad.*

*Las coronas o pónicos de marca, procesados en laboratorios o elaborados en consultorios a partir de técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los \$325.00 además del copago mencionado en la lista.*

*- El beneficio es con metal base. Se cobrará un cargo adicional de hasta \$250.00 por la mejora de cada diente si las coronas, los pónicos, las incrustaciones inlay, las incrustaciones onlay o el perno-muñón se fabrican indirectamente con alto contenido de metal noble. Este cargo también se aplica en coronas de titanio.*

*- La porcelana y otros materiales del color de los dientes (es decir, resina) que se aplican en las muelas se consideran materiales para realizar mejoras que tienen un límite máximo de cargo adicional para el afiliado de \$250.00.*

*Un pónico (D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252) por diente cada 5 años calendario*

*Una corona de retención (D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6780, D6781, D6782, D6790, D6791 o D6792) por diente cada 5 años calendario*

*Una incrustación onlay o incrustación inlay (D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614 o D6615) por diente cada 5 años calendario*

D6210	Póntico, molde con alto contenido de metal noble	\$400.00
D6211	Póntico, molde de metal base principalmente	\$400.00
D6212	Póntico, molde de metal noble	\$400.00
D6214	Póntico, titanio y aleaciones de titanio	\$412.00
D6240	Póntico, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$400.00
D6241	Póntico, porcelana fundida de metal base principalmente	\$400.00
D6242	Póntico, porcelana fundida con metal noble	\$400.00
D6243	Póntico, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$400.00
D6245	Póntico, porcelana o cerámica	\$400.00
D6250	Póntico, resina con alto contenido de metal noble	\$200.00
D6251	Póntico, resina de metal base principalmente	\$200.00
D6252	Póntico, resina con metal noble	\$200.00
D6600	Incrustación inlay de retención, porcelana o cerámica, dos superficies	\$400.00
D6601	Incrustación inlay de retención, porcelana o cerámica, tres o más superficies	\$400.00
D6602	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$375.00
D6603	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$375.00
D6604	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies	\$350.00
D6605	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$350.00
D6606	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, dos superficies	\$360.00
D6607	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies	\$360.00
D6608	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, dos superficies	\$400.00
D6609	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, tres o más superficies	\$400.00
D6610	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$375.00
D6611	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$375.00

D6612	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies	\$350.00
D6613	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$350.00
D6614	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, dos superficies	\$360.00
D6615	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies	\$360.00
D6720	Corona de retención, resina con alto contenido de metal noble	\$200.00
D6721	Corona de retención, resina de metal base principalmente	\$200.00
D6722	Corona de retención, resina con metal noble	\$200.00
D6740	Corona de retención, porcelana o cerámica	\$400.00
D6750	Corona de retención, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$400.00
D6751	Corona de retención, porcelana fundida de metal base principalmente	\$400.00
D6752	Corona de retención, porcelana fundida con metal noble	\$400.00
D6753	Corona de retención, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$359.00
D6780	Corona de retención, molde de 3/4 con alto contenido de metal noble	\$400.00
D6781	Corona de retención, molde de 3/4 de metal base principalmente	\$400.00
D6782	Corona de retención, molde de 3/4 de metal noble	\$400.00
D6783	Corona de retención, 3/4 de porcelana o cerámica	\$421.00
D6784	Corona de retención, 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	\$840.00
D6790	Corona de retención, molde completo con alto contenido de metal noble	\$400.00
D6791	Corona de retención, molde completo de metal base principalmente	\$400.00
D6792	Corona de retención, molde completo de metal noble	\$400.00
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$60.00
D6940	Dispositivo dental para el estrés, <i>uno cada 5 años calendario</i>	\$25.00
D6980	Arreglo de dentadura postiza fija parcial por causa de falla del material restaurador, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$25.00
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe	Sin costo

D7000-D7999          X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.

- Las extirpaciones y extracciones se limitan a tres procedimientos cada año calendario (cualquier combinación de D7140 a D7251) e incluyen la extracción incidental de un quiste o lesión adherida a la(s) raíz(es)

D7111	Extracción, restos coronales, dientes primarios, <i>una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7140	Extracción de dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps), <i>una extracción por diente de por vida</i>	\$40.00
D7210	Extracción de dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o segmentación del diente e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si así está indicado, <i>una extracción por diente de por vida</i>	\$140.00
D7220	Extracción del diente traumatizado, tejido blanco, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$210.00
D7230	Extracción del diente traumatizado, apoyo óseo parcial, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$290.00
D7240	Extracción del diente traumatizado, apoyo óseo total, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$360.00
D7241	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$350.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte), <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$210.00
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional de dientes, solo dientes traumatizados, <i>una extracción por diente de por vida</i>	\$350.00
D7252	Extracción parcial para la colocación inmediata del implante	\$140.00
D7259	<u>Disección de nervios, solo se cubre cuando se realiza junto con la extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales</u>	Sin costo
D7270	Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente, <i>una por diente de por vida</i>	\$340.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado, <i>una por diente de por vida</i>	\$210.00
D7282	Movilización de un diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la dentición, <i>una por diente de por vida</i>	\$290.00
D7283	Colocación de un aparato que facilite la dentición de un diente traumatizado, <i>una por diente de por vida</i>	\$250.00
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal, blando, no incluye procedimientos patológicos de laboratorio, <i>una por día</i>	\$80.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante, <i>una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida</i>	\$84.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, <i>una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida</i>	\$150.00
D7320	Alveoloplastia no junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante, <i>una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida</i>	\$170.00

D7321	Alveoloplastia no junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante, <i>una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida</i>	\$170.00
D7340	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelización secundaria), <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$203.00
D7350	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluidos los injertos de tejido blando, la reconexión muscular, la revisión de la conexión del tejido blando y el tratamiento del tejido hipertrofiado e hiperplásico), <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$346.00
D7450	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico, diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm, <i>una por día</i>	\$380.00
D7451	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico, diámetro de la lesión de más de 1.25 cm, <i>una por día</i>	\$380.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (hueso maxilar o mandibular), <i>una por cuadrante de por vida</i>	\$330.00
D7472	Extracción de rodete palatino, <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$330.00
D7473	Extracción de rodete mandibular, <i>una por cuadrante de por vida</i>	\$338.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, <i>una por día</i>	\$40.00
D7922	Colocación de vendaje biológico encajado para ayudar en la hemostasia o la estabilización del coágulo, por sitio, <i>se incluye en el cargo por el servicio realizado</i>	\$15.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco dentario, <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$170.00
D7971	Extirpación de encía pericoronaria, <i>una por diente de por vida</i>	\$120.00
D8000-D8999	XI. DE ORTODONCIA: sin cobertura	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS	
- Se permite un máximo de 60 minutos de anestesia general o sedación moderada intravenosa por fecha de servicio. Las unidades adicionales no se pueden facturar al paciente ni a Delta Dental		
- Se permite un D9222 por día y todos los D9222 posteriores se convertirán en D9223		
- Se permite un D9239 por día y todos los D9239 posteriores se convertirán en D9243		
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general, <i>se incluye en el cargo por el servicio realizado</i>	Sin costo
D9222	Sedación profunda o anestesia general, primeros 15 minutos	\$75.00
D9223	Sedación profunda o anestesia general, cada incremento de 15 minutos, <i>3 D9223 por día</i>	\$75.00
D9230	Inhalación de óxido nitroso o ansiólisis, analgesia, <i>tres cada año calendario</i>	\$22.00
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente), primeros 15 minutos	\$102.00
D9243	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente), cada incremento de 15 minutos, <i>3 D9243 por día</i>	\$43.00

D9248	Sedación en estado consciente no intravenosa, <i>tres cada año calendario</i>	\$96.00
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud, <i>se incluye en el cargo de otros servicios</i>	Sin costo
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación completa y detallada del tratamiento, <i>se incluye en el cargo de evaluaciones de la boca</i>	Sin costo
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	Sin costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	Sin costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	Sin costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	Sin costo
D9943	Ajuste de protector oclusal, <i>uno cada año calendario</i>	\$10.00
D9944	Protector oclusal, dispositivo duro, arco dentario completo, <i>se limita a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años, uno cada 5 años calendario (D9944, D9945, D9946)</i>	\$300.00
D9945	Protector oclusal, dispositivo blando, arco dentario completo, <i>se limita a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años, uno cada 5 años calendario (D9944, D9945, D9946)</i>	\$300.00
D9946	Protector oclusal, dispositivo duro, arco dentario parcial, <i>se limita a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años, uno cada 5 años calendario (D9944, D9945, D9946)</i>	\$300.00
D9986	Citas perdidas, <i>sin aviso de cancelación con 24 horas de anticipación, hasta un límite máximo general de \$40.00</i>	Sin costo
D9987	Citas canceladas, <i>sin aviso de cancelación con 24 horas de anticipación, hasta un límite máximo general de \$40.00</i>	Sin costo
D9990	Servicios de traducción certificada o lenguaje de señas, por visita, <i>se incluye en el cargo</i>	\$17.00
D9991	Administración de casos dentales, abordar las barreras de cumplimiento de citas, <i>se incluye en el cargo</i>	Sin costo
D9992	Administración de casos dentales, coordinación de la atención, <i>se incluye en el cargo</i>	Sin costo
D9995	Teleodontología, sincrónica, encuentro en tiempo real	Sin costo
D9996	Teleodontología, asincrónica, se almacenó y envió la información al dentista para su revisión, posterior	Sin costo
D9996	Teleodontología, asincrónica, se almacenó y envió la información al dentista para su revisión, posterior	Sin costo
D9997	Administración de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud	\$70.00

## Lista B

### Limitaciones de beneficios

1. La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todos los límites de frecuencia se señalan en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos*.
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista de la red o del personal clínico de Delta Dental:
  - \* presente un pronóstico poco favorable de tener un resultado satisfactorio y una duración razonable con base en el estado clínico del diente, o dientes, o de las estructuras que los rodean; o
  - b. no siga las normas de la práctica dental generalmente aceptadas; o
  - c. los servicios que se consideren inclusivos o parte de otro procedimiento no se pueden cobrar por separado.
3. Las evaluaciones limitadas de la boca (D0140, D0170, D0171, D0190 y D0191) no son facturables al paciente el mismo día que los códigos D0120 o D0150.
4. Los beneficios se limitan a una serie completa de radiografías intrabucales (D0210) o una radiografía panorámica (D0330) en el periodo de limitaciones de frecuencia especificado por el plan. Las radiografías completas intrabucales pueden incluir cualquier combinación de radiografías periapicales o de mordida. Las radiografías panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral completa. Las radiografías de mordida de cualquier tipo están denegadas en los 6 meses posteriores a la fecha en la que se haya hecho una serie completa de radiografías intrabucales, a menos que lo exijan circunstancias especiales.
5. Un empaste es un beneficio para el arreglo de caries, para reparaciones menores de la estructura dental o para reemplazar un empaste perdido.
6. Una reconstrucción de muñón (D2950) o perno-muñón (D2952, D2954) por diente cada 5 años. Estos servicios incluyen los cargos de las restauraciones de resina o amalgama proporcionadas en la misma fecha del servicio.
7. Un procedimiento de retención de la espiga (D2951) por diente cada 5 años calendario cuando se factura con restauración de resina o amalgama. El D2951 se incluye con los modelos D2950 o D2952 si se facturan por separado.
8. Los recubrimientos directos o indirectos de la pulpa se consideran un beneficio únicamente cuando se las coloca en un diente permanente vital con ápice abierto o en un diente primario vital.
9. Excepto las fundas pulpares y las pulpotomías, los procedimientos de endodoncia (por ejemplo tratamiento de canal radicular, apicectomía, reconstrucción, etc.) son beneficios para dientes permanentes que presenten alguna patología únicamente.
10. La pulpotomía terapéutica de un diente permanente está limitada al tratamiento paliativo cuando el dentista contratado no realiza una endodoncia.
11. Una corona es un beneficio cuando no hay suficiente estructura dental para soportar un empaste o para reemplazar una corona existente que no funciona y no se puede arreglar. El reemplazo de coronas requiere que la restauración existente tenga más 5 años de antigüedad.
12. La limpieza de sarro periodontal y planificación periodontal (D4341, D4342) no se facturan al paciente el mismo día de una profilaxis (D1110).

13. La limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular se limitan a una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario.
14. La limpieza de una dentadura postiza es un beneficio solo cuando el paciente está completamente sin dientes. Si está parcialmente sin dientes, este servicio se incluye en el cargo del procedimiento D1110, D1120, D4346 o D4910.
15. El desbridamiento de la boca completa (sarro visible) se limita a un tratamiento cada dos años calendario.
16. El reemplazo de una incrustación inlay, restauración onlay, corona, dentadura postiza parcial fija (puente) o dentadura postiza total o parcial extraíble está cubierto cuando:
  - a. La restauración, el puente o la dentadura postiza existente ya no es funcional ni puede volver a serlo mediante un arreglo o un ajuste, y se colocó cinco o más años antes de su reemplazo; o
  - b. Una dentadura postiza parcial existente tiene menos de cinco años de antigüedad, pero debe ser reemplazada por una dentadura postiza parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural que no se puede reemplazar mediante la adición de otro diente a la dentadura postiza parcial existente; o
  - c. Una dentadura postiza parcial fija existente (puente) tiene menos de 5 años de antigüedad, pero debe ser reemplazada por una nueva dentadura postiza parcial fija debido a la pérdida del diente natural.
17. El reemplazo de una dentadura postiza parcial extraíble por una dentadura postiza completa está cubierto, dentro del periodo de limitaciones de frecuencia de 5 años, cuando se pierden dientes naturales.
18. Los rebasados, los recubrimientos, los arreglos y el acondicionamiento de los tejidos se incluyen en el cargo inicial de la dentadura postiza dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial. Los recubrimientos se permiten 3 meses después de la entrega de una dentadura postiza inmediata.
19. Las dentaduras postizas parciales provisionales (prótesis parcial de acrílico) se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos para adultos durante un periodo de curación.
20. Si existe un puente fijo o dentadura postiza extraíble que se reemplazaría con una nueva prótesis sostenida por un implante, ese aparato existente debe ser elegible para su reemplazo bajo los términos del contrato.
21. El miembro debe tener al menos 19 años de edad para recibir los servicios de implantes.
22. El reemplazo de los implantes y las prótesis sostenidas por implantes requiere que los implantes existentes y las prótesis sostenidas por implante tengan más de 5 años de antigüedad.
23. Los implantes y las coronas y prótesis soportadas por implantes están cubiertos para reemplazar uno o más dientes naturales permanentes que se perdieron debido a un traumatismo accidental o extracción.
24. La extracción de implantes se limita a una (1) por cada implante de por vida para el afiliado.
25. El cargo por acceder y volver a apretar un tornillo de implante suelto está incluido en el cargo de entrega de la prótesis sostenida con implantes, cuando se realiza dentro de los 6 meses posteriores a la colocación de la prótesis.
26. Los arreglos de prótesis sostenidas con implantes o dientes de soporte (coronas, puentes y dentaduras postizas), forman parte del procedimiento protésico, cuando se realizan dentro de los 6 meses posteriores a la prótesis inicial, por el mismo dentista o consultorio dental.



27. La técnica Socket Shield, extracción parcial de la raíz de un diente en el momento de la colocación del implante, solo se considera un beneficio cuando se realiza con la colocación simultánea del implante.
  
28. La disección de nervios forma parte de ese procedimiento de extracción cuando se realiza junto con la extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales. De lo contrario, la disección de nervios no se considera un beneficio.

## Exclusiones de los beneficios

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente indicado en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos*.
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista de la red o del personal clínico de Delta Dental:
  - \* presente un pronóstico poco favorable de tener un resultado satisfactorio y una duración razonable con base en el estado clínico del diente, o dientes, o de las estructuras que los rodean; o
  - b. no siga las normas de la práctica dental generalmente aceptadas; o
  - c. los servicios que se consideren inclusivos o parte de otro procedimiento no se pueden cobrar por separado.
3. Servicios para fines exclusivamente estéticos o para enfermedades que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo como paladar hendido, malformaciones en la mandíbula superior e inferior, falta de dientes congénita o dientes no erupcionados, y dientes descoloridos o carentes de esmalte.
4. Restauraciones colocadas únicamente debido al deterioro, abrasión, desgaste o erosión.
5. Los aparatos rotos o robados que incluyen, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, separadores, coronas y dentaduras postizas fijas parciales (puentes).
6. Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el objetivo es modificar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar estados anormales de la unión temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
7. Metal precioso para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, dientes de soporte de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (incrustaciones overlay, implantes y aparatos relacionados con éstos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.
8. Consultas para beneficios no cubiertos.
9. Servicios dentales proporcionados por cualquier centro dental que no sea el del dentista contratado que se le asignó. Esto incluye los servicios de un especialista dental que no sea de la red, a menos que Delta Dental los autorice expresamente, excepto en el caso de *servicios de emergencia* según lo descrito en el contrato o el certificado de cobertura.
10. Cualquier cargo relacionado con la admisión, el uso o la estancia en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, centro de atención a largo plazo u otro centro de atención similar.
11. Medicamentos recetados.
12. Los gastos dentales incurridos por cualquier procedimiento dental iniciado antes de que el Afiliado fuera elegible para acceder a este programa DHMO. Algunos ejemplos son: dientes preparados para la colocación de una corona, endodoncias en proceso, o dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión.
13. Tratamiento o aparatos que proporcione un dentista contratado especializado en servicios de prostodoncia.