

Plan Dental de Referencia Directa*
MET290

Este PROGRAMA DE BENEFICIOS enumera los Servicios Cubiertos disponibles para usted y sus dependientes bajo su plan dental, así como los costos de Usted y Su Dependiente para cada Servicio Cubierto. Los costos de usted y de su dependiente pueden incluir copagos para un servicio cubierto.

*La atención bajo este plan se proporciona a través de una red de Dentistas Generales Seleccionados. Su dentista general seleccionado es responsable de determinar cuándo se necesitan los servicios de un dentista de atención especializada, y facilitar cualquier referencia necesaria. Usted y sus dependientes serán informados del nombre, dirección y número de teléfono del dentista de atención especializada en su área de servicio o en el área de servicio de su dependiente.

Citas perdidas: Si usted o sus dependientes necesitan cancelar o reprogramar una cita, notifíquelo al Consultorio Dental General Seleccionado con la mayor anticipación posible. Esto permitirá al Consultorio Dental General Seleccionado acomodar a otra persona que necesite atención. Si usted o sus dependientes no lo hacen de manera oportuna, es posible que se le cobre a usted o a sus dependientes una tarifa por cita perdida.

		Tu y tu Dependent's Co-Pago de Servicio de Código
<ul style="list-style-type: none"> Visita a la oficina - por visita (<i>incluyendo todas las tarifas por esterilización y/o control de infecciones</i>) 		\$5
Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
Tratamiento diagnóstico		
D0120	Evaluación oral periódica - paciente establecido	\$0
D0140	Evaluación oral limitada - centrada en el problema	\$0
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el cuidador principal	\$0
D0150	Evaluación oral integral - paciente nuevo o establecido	\$0
D0160	Evaluación oral detallada y extensa - enfoque del problema, por informe	\$0
D0170	Reevaluación - limitada, centrada en el problema (<i>paciente establecido; no visita postoperatoria</i>)	\$0
D0171	Reevaluación – visita a la oficina postoperatoria	\$0
D0180	Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o establecido	\$0
D0190	Examen de un paciente	\$0
D0191	Evaluación de un paciente	\$0
Radiografías / Diagnóstico por imágenes (rayos X)		
D0210	Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas	\$0
D0220	Intraoral – primera imagen radiográfica periapical	\$0
D0230	Intraoral – periapical cada imagen radiográfica adicional	\$0
D0240	Intraoral – imagen radiográfica oclusal	\$0

D0250	Extraoral – imagen radiográfica de proyección 2D creada con una fuente de radiación estacionaria, y detector	\$0
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	\$0
D0270	Bitewing – imagen radiográfica única	\$0
D0272	Bitewings – dos imágenes radiográficas	\$0
D0273	Bitewings – tres imágenes radiográficas	\$0
D0274	Bitewings – cuatro imágenes radiográficas	\$0
D0277	Alas de mordida verticales – 7 a 8 imágenes radiográficas	\$0
Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D0330	Imagen radiográfica panorámica	\$0
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D – adquisición, medición y análisis	\$0
D0350	Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida por vía intraoral o extraoral	\$0
D0364	Captura e interpretación de CT de haz de cono con campo de visión limitado: menos de una mandíbula entera	\$180
D0365	Captura e interpretación de CT de haz de cono con campo de visión de un arco dental completo – mandíbula	\$180
D0366	Captura e interpretación de TC de haz de cono con campo de visión de un arco dental completo – maxilar, con o sin cráneo	\$180
D0367	Captura e interpretación de CT de haz de cono con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin cráneo	\$180
D0380	Captura de imagen CT de haz de cono con campo de visión limitado: menos de una mandíbula entera	\$180
D0381	Captura de imagen CT de haz de cono con campo de visión de un arco dental completo – mandíbula	\$180
D0382	Captura de imagen CT de haz de cono con campo de visión de un arco dental completo – maxilar, con o sin cráneo	\$180
D0383	Captura de imagen CT de haz de cono con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin cráneo	\$180
D0391	Interpretación de la imagen diagnóstica por un profesional no asociado con la captura de la imagen, incluido el informe	\$0
Exámenes y exámenes		
D0415	Colección de microorganismos para el cultivo y la sensibilidad	\$0
D0425	Pruebas de susceptibilidad a la caries	\$0
D0431	Prueba prediagnóstica adjunta que ayuda en la detección de anomalías mucosas, incluidas lesiones premalignas y malignas, para no incluir citología o procedimientos de biopsia	\$50
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	\$0
D0470	Conversiones diagnósticas	\$0

D0472	Adhesión de tejidos, examen bruto, preparación y transmisión de informes escritos	\$0
D0473	Adhesión de exámenes tisulares, brutos y microscópicos, preparación y transmisión de informes escritos	\$0
D0474	Adhesión de exámenes tisulares, brutos y microscópicos, incluida la evaluación de los márgenes quirúrgicos para la presencia de enfermedades, la preparación y la transmisión del informe escrito	\$0
D0480	Adhesión de frotis citológicos exfoliantes, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0486	Adhesión en laboratorio de muestracitos transepiteliales, preparación de exámenes microscópicos y transmisión de informes escritos	\$0
Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	\$0
Servicios preventivos		
D1110	Profilaxis – adulto	\$5
	• Profilaxis adulta adicional (<i>máximo de 2 adicionales por año</i>)	\$45
D1120	Profilaxis – niño	\$5
	• Profilaxis infantil adicional (<i>máximo de 2 adicionales por año</i>)	\$35
D1206	Aplicación tópica de barniz fluoruro	\$0
D1208	Aplicación tópica de flúor – excluyendo barniz	\$0
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	\$0
D1320	Asesoramiento en el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	\$0
D1330	Instrucciones de higiene bucal	\$0
	• Incluye instrucción de higiene periodontal	
D1351	Sellante – por diente	\$0
D1352	Restauración preventiva de resina en un paciente de riesgo de caries de moderada a alta - diente permanente	\$0
D1353	Reparación de selladores - por diente	\$0
D1354	Caries provisionales dedetención de la aplicación de medicamentos – por diente	\$0
D1510	Mantenedor de espacio – fijo – unilateral	\$25
D1516	Mantenedor de espacio – fijo – bilateral, maxilar	\$25
D1517	Mantenedor de espacio – fijo – bilateral, mandibular	\$25
D1520	Mantenedor de espacio – extraíble – unilateral	\$35
D1526	Mantenedor de espacio – extraíble – bilateral, maxilar	\$35
D1527	Mantenedor de espacio – extraíble – bilateral, mandibular	\$35
D1550	Vuelva a cementar o volver a unir el mantenimiento del espacio	\$15
D1555	Eliminación del mantenedor de espacio fijo	\$15

D1575	Mantenedor de espacio de zapatodista - fijo – unilateral	\$25
Tratamiento restaurativo		
D2140	Amalgama – una superficie, primaria o permanente	\$12
D2150	Amalgama – dos superficies, primarias o permanentes	\$20
D2160	Amalgama – tres superficies, primarias o permanentes	\$23
D2161	Amalgama – cuatro o más superficies, primarias o permanentes	\$25
D2330	Compuesto a base de resina – una superficie, anterior	\$12
D2331	Compuesto a base de resina – dos superficies, anterior	\$20
D2332	Compuesto a base de resina – tres superficies, anterior	\$23
D2335	Compuesto a base de resina – cuatro o más superficies o que implican ángulo incisal (anterior)	\$25
D2390	Corona compuesta a base de resina, anterior	\$30
D2391	Compuesto a base de resina – una superficie, posterior	\$30
D2392	Compuesto a base de resina – dos superficies, posterior	\$45
D2393	Compuesto a base de resina – tres superficies, posterior	\$65
D2394	Compuesto a base de resina– cuatro o más superficies, posteriores	\$65
Códig	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago

Coronas

- Se aplicará un cargo adicional, que no exceda de \$150 por unidad, para cualquier procedimiento utilizando metal noble, noble o de titanio. Hay un copago de \$75 por molar, para el uso de porcelana.
- Los casos que involucren siete (7) o más coronas, implantes y/o unidades de puente fijas en el mismo plan de tratamiento requieren un copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado para cada unidad de corona, implante o puente.

D2510	Inlay – metálico – una superficie	\$270
D2520	Inlay – metálico – dos superficies	\$270
D2530	Inlay – metálico – tres o más superficies	\$270
D2542	Onlay – metálico – dos superficies	\$270
D2543	Onlay – metálico – tres superficies	\$270
D2544	Onlay – metálico – cuatro o más superficies	\$270
D2610	Inlay – porcelana/cerámica – una superficie	\$290
D2620	Inlay – porcelana/cerámica – dos superficies	\$290
D2630	Inlay – porcelana/cerámica – tres o más superficies	\$290
D2642	Onlay – porcelana/cerámica – dos superficies	\$290
D2643	Onlay – porcelana/cerámica – tres superficies	\$290
D2644	Onlay – porcelana/cerámica – cuatro o más superficies	\$290
D2650	Inlay – compuesto a base de resina – una superficie	\$290
D2651	Inlay – compuesto a base de resina – dos superficies	\$290
D2652	Inlay – compuesto a base de resina – tres o más superficies	\$290
D2662	Onlay – compuesto a base de resina – dos superficies	\$290
D2663	Onlay – compuesto a base de resina – tres superficies	\$290
D2664	Onlay – compuesto a base de resina – cuatro o más superficies	\$290

D2710	Corona – compuesto a base de resina (<i>indirecto</i>)	\$290
D2712	Corona – compuesto a base de resina 3/4 (<i>indirecto</i>)	\$290
D2720	Corona – resina con metal noble alto	\$290
D2721	Corona – resina con metal predominantemente base	\$290
D2722	Corona – resina con metal noble	\$290
D2740	Corona – porcelana/cerámica	\$310
D2750	Corona – porcelana fundida al metal noble alto	\$290
D2751	Corona – porcelana fundida al metal predominantemente base	\$290
D2752	Corona – porcelana fundida al metal noble	\$290
D2780	Corona – 3/4 cast metal noble	\$290
D2781	Corona – 3/4 cast predominantemente metal base	\$290
D2782	Corona – 3/4 metal noble fundido	\$290
D2783	Corona – 3/4 porcelana/cerámica	\$290
D2790	Corona – metal noble de alto y alfé	\$290
D2791	Corona – fundido completo predominantemente metal base	\$290
D2792	Corona – metal noble fundido completo	\$290
D2794	Corona – titanio	\$290
D2799	Corona provisional – tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final	\$85
D2910	Recementar o volver a unir la inserción, onlay, chapa o restauración de cobertura parcial	\$0
D2915	Volver a consolidar o volver a unir indirectamente el poste y el núcleo	\$0
		Tu y tu Dependent's Copago
Código	Servicio	
D2920	Recementar o volver a unir la corona	\$0
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable – diente primario	\$25
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada – diente permanente	\$25
D2932	Corona de resina prefabricada	\$45
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$45
D2940	Restauración protectora	\$0
D2941	Restauración terapéutica provisional - dentición primaria	\$0
D2950	Acumulación de núcleos, incluidos los pines cuando sea necesario	\$75
D2951	Retención de pasador – por diente, además de la restauración	\$10
D2952	Poste y núcleo, además de corona, indirectamente fabricado	\$50
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente – mismo diente	\$50
D2954	Poste prefabricado y núcleo además de corona	\$30
D2955	Post eliminación	\$10
D2957	Cada poste prefabricado adicional – mismo diente	\$30
D2960	Chapa Labial (<i>laminado</i> de resina) – silla	\$250

D2961	Chapa Labial (<i>laminado de resina</i>) – laboratorio	\$300
D2962	Chapa Labial (<i>laminado de porcelana</i>) – laboratorio	\$350
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo el marco de prótesis parcial existente	\$50
D2980	Reparación de la corona necesaria por fallo de material restaurador	\$0
D2981	Reparación de inserción necesaria por fallo de material restaurador	\$0
D2982	Reparación de onlay necesaria por fallo de material restaurador	\$0
D2983	Reparación de chapa necesaria por falla de material restaurador	\$0
D2990	Infiltración de resina de lesiones superficiales lisas incipientes	\$0

Endodoncia

- Todos los procedimientos excluyen la restauración final.

D3110	Tapa de pulpa – directa (<i>excluyendo la restauración final</i>)	\$5
D3120	Tapa de pulpa – indirecta (<i>excluida la restauración final</i>)	\$5
D3220	Pulpotomía terapéutica (<i>excluida la restauración final</i>) – eliminación de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamentos	\$40
D3221	Desbridamiento pulpal, dientes primarios y permanentes	\$55
D3222	Pulpotomía parcial para la apexogénesis - diente permanente con desarrollo radicular incompleto	\$40
D3230	Terapia pulpal (<i>relleno resorbable</i>) – diente anterior, primario (<i>excluyendo la restauración final</i>)	\$40
D3240	Terapia pulpal (<i>relleno resorbable</i>) – diente posterior primario (<i>excluyendo la restauración final</i>)	\$40
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (<i>excluyendo la restauración final</i>)	\$115
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (<i>excluyendo la restauración final</i>)	\$185
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (<i>excluyendo la restauración final</i>)	\$265
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$85
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$110
D3333	Reparación de la raíz interna de defectos de perforación	\$85
		Tu y tu Dependent's Copago
Código	Servicio	
D3346	Retratamiento de la terapia previa de conducto radicular – anterior	\$230
D3347	Retratamiento de la terapia previa de conducto radicular – premolar	\$280
D3348	Retratamiento de la terapia previa de conducto radicular – molar	\$325
D3351	Apexificación/recalcificación – visita inicial (<i>cierre apical / reparación calcífica de perforaciones, resorción de raíces, etc.</i>)	\$70
D3352	Apexificación/recalcificación – reemplazo provisional de medicamentos	\$70
D3353	Apexificación/recalcificación – visita final (<i>incluye terapia de conducto radicular completada – cierre apical/reparación calcífica de perforaciones, resorción radicular, etc.</i>)	\$70
D3355	Regeneración pulpal - visita inicial	\$70

D3356	Regeneración pulpal - reemplazo provisional de medicamentos	\$35
D3357	Regeneración pulpal - finalización del tratamiento	\$70
D3410	Apicoectomía – anterior	\$95
D3421	Apicoectomía – premolar (<i>primera raíz</i>)	\$95
D3425	Apicoectomía – molar (<i>primera raíz</i>)	\$95
D3426	Apicoectomía (<i>cada raíz adicional</i>)	\$80
D3427	Cirugía periradicular sin apicoectomía	\$71
D3428	Injerto óseo en combinación con cirugía periradicular - por diente, un solo sitio	\$180
D3429	Injerto óseo en combinación con cirugía periradicular - cada diente contiguo adicional en el mismo sitio quirúrgico	\$95
D3430	Relleno retrógrado – por raíz	\$60
D3431	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos y óseos junto con la cirugía periradicular	\$95
D3432	Regeneración guiada de tejido, barrera resorbable, por sitio, junto con cirugía periradicular	\$215
D3450	Amputación de raíz – por raíz	\$110
D3460	Implante endosósico endodóntico	\$555
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento del diente con la presa de goma	\$0
D3920	Hemisección (<i>incluida cualquier extirpación</i> de la raíz), sin incluir la terapia de conducto radicular	\$90
D3950	Preparación del canal y montaje de espiga o poste preformado	\$15

Periodoncia

- Las tablas periodontales para planificar el tratamiento de la enfermedad periodontal se incluyen como parte del diagnóstico y tratamiento general. No se aplicará ningún cargo adicional a Usted o a Su Dependiente o A Nosotros.

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$150
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia – de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$100
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso al procedimiento restaurativo, por diente	\$30
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el cepillado de raíces: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes	\$170
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo el cepillado de raíces – de uno a tres dientes contiguos o espacios dentados con dientes por cuadrante	\$130
		Tu y tu Dependent's Copago
Código	Servicio	
D4245	Flap posicionada apically	\$165
D4249	Alargamiento clínico de la corona – tejido duro	\$160
D4260	Cirugía oseo (<i>incluida la elevación de un cierre y solapa de espesor completo</i>) – cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$330

D4261	Cirugía oseo (incluida la <i>elevación de un colgajo y cierre</i> de espesor completo) – de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante	\$248
D4263	Injerto de reemplazo óseo – diente natural retenido – primer sitio en cuadrante	\$180
D4264	Injerto de reemplazo óseo – diente natural retenido – cada sitio adicional en cuadrante	\$95
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos y óseos	\$95
D4266	Regeneración guiada de tejidos – barrera resorbable, por sitio	\$215
D4267	Regeneración guiada de tejido – barrera no reabsorbable, por sitio (<i>incluye eliminación de membrana</i>)	\$255
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	\$0
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando del pedicular	\$250
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos los <i>sitios quirúrgicos</i> del donante y del receptor) primer diente, implante o posición dental edéntulo en el injerto	\$75
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (<i>cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica</i>)	\$100
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno (<i>incluyendo el sitio del receptor y el material</i> del donante) primer diente, implante o posición dental edéntulo en el injerto	\$380
D4276	Tejido conectivo combinado y injerto de doble pedículo, por diente	\$75
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los <i>sitios quirúrgicos</i> del receptor y del donante) primer diente, implante o posición dental edéntulo en el injerto	\$260
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos de <i>receptores y donantes</i>) cada diente contiguo adicional, implante o posición dental edéntulo en el mismo sitio del injerto	\$130
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos los sitios quirúrgicos de <i>donante y receptor</i>): cada diente contiguo, implante o posición dental edéntulo adicional en el mismo sitio del injerto	\$38
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el sitio quirúrgico receptor y el material del <i>donante</i>): cada diente contiguo adicional, implante o posición dental edéntulo en el mismo sitio de injerto	\$190
D4320	Astilla provisional – intracoronal	\$95
D4321	Astilla provisional – extracoronal	\$85
D4341	Escalado periodontal y cepado de raíces : cuatro o más dientes por cuadrante	\$50
D4342	Escalado periodontal y cepado de raíces – de uno a tres dientes por cuadrante	\$38
D4346	Escalado en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada – boca llena, después de la evaluación oral	\$5
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación oral integral y diagnóstico en una visita posterior	\$50
D4381	Entrega localizada de agentes antimicrobianos a través de vehículo de liberación controlada en tejido crevicular enfermo, por diente	\$65
D4910	Mantenimiento periodontal	\$40
D4920	Cambio de apósito no programado (<i>por alguien que no sea el tratamiento del dentista o su personal</i>)	\$0
• Procedimientos de mantenimiento periodontal adicionales (más allá de 2 por 12 meses)		\$55

Prostodoncia extraíble

is y fijas incluye hasta 3 ajustes en un plazo de 6 me
de servicio. fecha de entrega

Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D5110	Dentura completa – maxilar	\$440
D5120	Denture completa – mandibular	\$440
D5130	Prótesis inmediata – maxilar	\$440
D5140	Prótesis inmediata – mandibular	\$440
D5211	Prótesis parcial maxilar – base de resina (<i>incluyendo, materiales retentivos / resalados, restos y dientes</i>)	\$405
D5212	Prótesis parcial mandibulare – base de resina (<i>incluyendo materiales retentivos/de cierre, silencios y dientes</i>)	\$405
D5213	Prótesis parcial maxilar – estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (<i>incluyendo cualquier cierre convencional, apoyamientos y dientes</i>)	\$480
D5214	Prótesis parcial mandibular – estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (<i>incluyendo cualquier cierre convencional, apoyamientos y dientes</i>)	\$480
D5221	Dentura parcial maxilar inmediata – base de resina (<i>incluyendo cualquier cierre convencional, apoyay en los dientes</i>)	\$405
D5222	Denture parcial mandibular inmediata – base de resina (<i>incluyendo cualquier cierre convencional, descansos y dientes</i>)	\$405
D5223	Dentura parcial maxilar inmediata – estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (<i>incluyendo cualquier cierre convencional, apoyamientos y dientes</i>)	\$480
D5224	Denture parcial mandibular inmediata – estructura de metal fundido con bases de prótesis de resina (<i>incluyendo cualquier cierre convencional, apoyamientos y dientes</i>)	\$480
D5225	Prtura parcial maxilar – base flexible (<i>incluyendo cierres, apoyamientos y dientes</i>)	\$480
D5226	Prótesis parcial mandibular – base flexible (<i>incluyendo cualquier cierre, apoyamientos y dientes</i>)	\$480
D5282	Prótesis parcial unilateral extraíble – metal fundido de una pieza (<i>incluyendo cierres y dientes</i>), maxilar	\$360
D5283	Prótesis parcial unilateral extraíble – metal fundido de una pieza (<i>incluyendo cierres y dientes</i>), mandibular	\$360
D5410	Ajustar la dentura completa – maxilar	\$20
D5411	Ajustar la dentura completa – mandibular	\$20
D5421	Ajustar la prótesis parcial – maxilar	\$20
D5422	Ajustar la prótesis parcial – mandibular	\$20
D5511	Reparar la base completa de la dentura rota, mandibular	\$50
D5512	Reparación de la base completa de la dentura rota, maxilar	\$50
D5520	Reemplazar los dientes perdidos o rotos – dentadura completa (<i>cada diente</i>)	\$40
D5611	Base de prótesis parcial de resina de reparación, mandibular	\$50
D5612	Base de prótesis parcial de resina de reparación, maxilar	\$50
D5621	Reparar framework parcial fundido, mandibular	\$50

D5622	Reparar marco parcial fundido, maxilar	\$50
D5630	Reparar o reemplazar materiales de cierre retentivo rotos – por diente	\$70
D5640	Reemplazar dientes rotos – por diente	\$40
D5650	Añadir diente a la prótesis parcial existente	\$60
D5660	Añadir cierre a la prótesis parcial existente - por diente	\$70
D5670	Reemplazar todos los dientes y acrílico en el marco de metal fundido (<i>maxilar</i>)	\$165
D5671	Reemplazar todos los dientes y acrílico en el marco de metal fundido (<i>mandibular</i>)	\$165
D5710	Rebase la dentura maxilar completa	\$125
D5711	Rebase la denture mandibular completa	\$125
D5720	Rebase prótesis parcial maxilar	\$125
D5721	Rebase de prentura parcial mandibular	\$125
D5730	Reline completa denture maxilar (lado de <i>la silla</i>)	\$100
D5731	Reline completa la dentura mandibular (lado de <i>la silla</i>)	\$100
D5740	Reline de la prótesis parcial maxilar (lado de <i>la silla</i>)	\$90
		Tu y tu Dependent's Copago
Código	Servicio	
D5741	Reline de prótesis parcial mandibular (lado de <i>la silla</i>)	\$90
D5750	Reline completa denture maxilar (<i>laboratorio</i>)	\$130
D5751	Reline completa denture mandibular (<i>laboratorio</i>)	\$130
D5760	Reline de prótesis parcial maxilar (<i>laboratorio</i>)	\$130
D5761	Reline mandibular denture <i>parcial</i> (<i>laboratorio</i>)	\$130
D5810	Dentura completa provisional (<i>maxilar</i>)	\$230
D5811	Dentura completa <i>interina</i> (<i>mandibular</i>)	\$230
D5820	Prótesis parcial provisional (<i>maxilar</i>)	\$160
D5821	Prótesis parcial <i>interina</i> (<i>mandibular</i>)	\$170
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	\$40
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	\$40
D5862	Adjunto de precisión, por informe	\$160
D5876	Añadir subestructura metálica a la dentura completa acrílica (<i>por arco</i>)	\$110
Servicios de implantes		
Servicios quirúrgicos		
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe	\$130
Servicios Quirúrgicos		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteal	\$1,005
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisional para prótesis transitorias: implante endosteal	\$770
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	\$1,005
D6040	Colocación quirúrgica: implante eosteal	\$1,860

D6050	Colocación quirúrgica: implante transosteal	\$1,170
D6051	Pilar provisional	\$123
D6052	Pilar de fijación de semiprecisión	\$335
D6100	Eliminación de implantes, por informe	\$240
D6101	Desbridamiento de un defecto periimplante o defectos que rodean un solo implante, y limpieza superficial de las superficies expuestas del implante, incluida la entrada y el cierre de la solapa	\$39
D6102	El desbridamiento y el contorno oseo de un defecto periimplante o defectos que rodean un solo implante e incluye la limpieza superficial de las superficies expuestas del implante, incluida la entrada y el cierre de la solapa	\$75
D6103	Injerto óseo para la reparación del defecto periimplante – no incluye la entrada y el cierre de la solapa	\$100
D6104	Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	\$100

Prótesis compatibles con implantes

- Se aplicará un cargo adicional, que no exceda de \$150 por unidad, para cualquier procedimiento utilizando metal noble, noble o de titanio. Hay un copago de \$75 por molar, para el uso de porcelana.
- Los casos que involucren siete (7) o más coronas, implantes y/o unidades de puente fijas en el mismo plan de tratamiento requieren un copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado para cada unidad de corona, implante o puente.

D6055	Barra de conexión – implante soportado o pilar soportado	\$345
D6056	Pilar prefabricado – incluye modificación y colocación	\$245
D6057	Pilar fabricado a medida – incluye colocación	\$335
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada por pilar	\$685
D6059	Pilar apoyado porcelana fusionada a la corona de metal (<i>metal noble alto</i>)	\$660

Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D6060	Pilar apoyado porcelana fusionada a corona metálica (<i>predominantemente metal base</i>)	\$640
D6061	Pilar apoyado porcelana fusionada a la corona de metal (<i>metal noble</i>)	\$645
D6062	Corona de metal fundido con soporte de pilar (<i>metal noble alto</i>)	\$655
D6063	Corona de metal fundido con soporte de pilar (<i>predominantemente metal base</i>)	\$640
D6064	Corona de metal fundido con soporte de pilar (<i>metal noble</i>)	\$720
D6065	Implante apoyado porcelana / corona cerámica	\$725
D6066	Implante apoyado porcelana fusionada a la corona de metal (<i>titanio, aleación de titanio, metal de alto noble</i>)	\$700
D6067	Corona metálica apoyada por <i>implantes</i> (<i>titanio, aleación de titanio, metal de alto noble</i>)	\$725
D6068	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica	\$680
D6069	Retenedor de pilar para porcelana fusionada al metal FPD (<i>metal noble alto</i>)	\$680
D6070	Retenedor de pilar para porcelana fusionada al metal FPD (<i>predominantemente metal base</i>)	\$595

D6071	Retenedor de pilar para porcelana fusionada al metal FPD (<i>metal noble</i>)	\$635
D6072	Retenedor de pilar soportado para FPD de metal fundido (<i>metal noble alto</i>)	\$625
D6073	Retenedor de pilar soportado para FPD de metal fundido (<i>predominantemente metabase</i>)	\$445
D6074	Retenedor de pilar soportado para FPD de metal fundido (<i>metal noble</i>)	\$640
D6075	Retenedor con soporte de implante para FPD cerámico	\$720
D6076	Retenedor con soporte de implante para porcelana fusionada al metal FPD (<i>titanio, aleación de titanio o metal noble alto</i>)	\$700
D6077	Retenedor compatible con implantes para FPD de metal fundido (<i>titanio, aleación de titanio o metal noble alto</i>)	\$510
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retiran y reinsertan prótesis, incluida la limpieza de prótesis y pilares	\$55
D6081	Escalado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre de solapa	\$20
D6090	Prosis apoyada por implante de reparación, por informe	\$190
D6091	Reemplazo de accesorio de precisión o semiprecisión (<i>componente masculino o femenino</i>) de prótesis apoyada por implante/pilar, por fijación	\$170
D6092	Recementar o volver a unir la corona apoyada implante/pilar	\$50
D6093	Recementar o volver a unir implante/abutment con prótesis parcial escedidas fijas	\$70
D6094	Corona apoyada por pilar (<i>titanio</i>)	\$650
D6095	Reparación del pilar del implante, por informe	\$140
D6096	Retire el tornillo de retención del implante roto	\$24
D6110	Implante/pilar compatible prótesis desmontable para arco-maxilar edéntulo	\$995
D6111	Implante/pilar compatible con prótesis desmontable para arque-mandibular edéntulo	\$995
D6112	Implante/abutment compatible con prótesis desmontables para arcomaxilar parcialmente edéntulo	\$945
D6113	Implante/abutmento compatible con prótesis desmontables para arquedibulares parcialmente edéntulos	\$945
D6114	Implante/pilar apoyado prótesis fija para arquilloo edéntulo	\$2,380
Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D6115	Implante/abutmento compatible con prótesis fijas para arque-mandibular edéntulo	\$2,380
D6116	Implante/pilar apoyado prótesis fija para arco-maxilar parcialmente edéntulo	\$1,410
D6117	Implante/pilar apoyado prótesis fija para arco-mandibular parcialmente edéntulo	\$1,410
D6194	Corona de retención con soporte de pilar para FPD (<i>titanio</i>)	\$520

Coronas/Puentes fijos - Por unidad

- Se aplicará un cargo adicional, que no exceda de \$150 por unidad, para cualquier procedimiento utilizando metal noble, noble o de titanio. Hay un copago de \$75 por molar, para el uso de porcelana.

- Los casos que involucren siete (7) o más coronas, implantes y/o unidades de puente fijas en el mismo plan de tratamiento requieren un copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado para cada unidad de corona, implante o puente.

D6205	Pontic – compuesto a base de resina indirecta	\$290
D6210	Pontic – fundido de metal noble alto	\$290
D6211	Pontic – cast metal predominantemente base	\$290
D6212	Pontic – metal noble fundido	\$290
D6214	Pontic – titanio	\$290
D6240	Pontic – porcelana fusionada al metal noble	\$290
D6241	Pontic – porcelana fusionada a metal predominantemente base	\$290
D6242	Pontic – porcelana fusionada al metal noble	\$290
D6245	Pontic – porcelana/cerámica	\$310
D6250	Pontic – resina con metal noble alto	\$290
D6251	Pontic – resina con metal predominantemente base	\$290
D6252	Pontic – resina con metal noble	\$290
D6253	Pontic provisional – tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final	\$85
D6545	Retenedor – metal fundido para prótesis fijas unidas a resina	\$120
D6548	Retenedor – porcelana/cerámica para prótesis fijas unidas a resina	\$120
D6549	Retenedor de resina – para prótesis fijas unidas de resina	\$90
D6600	Inlay de retenedor – porcelana/cerámica, dos superficies	\$290
D6601	Inlay de retenedor – porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$290
D6602	Inlay de retenedor – fundido de metal noble alto, dos superficies	\$290
D6603	Inlay de retenedor: metal noble fundido, tres o más superficies	\$290
D6604	Inlay de retención – fundido predominantemente metal base, dos superficies	\$290
D6605	Inlay de retención – fundido predominantemente metal base, tres o más superficies	\$290
D6606	Inlay de retenedor – metal noble fundido, dos superficies	\$290
D6607	Inlay de retenedor: metal noble fundido, tres o más superficies	\$290
D6608	Onlay de retenedor – porcelana/cerámica, dos superficies	\$290
D6609	Onlay de retención – porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$290
D6610	Onlay de retenedor – metal de alto noble fundido, dos superficies	\$290
D6611	Onlay de retenedor: metal noble fundido, tres o más superficies	\$290
D6612	Onlay de retenedor – fundido predominantemente metal base, dos superficies	\$290
D6613	Onlay de retención – fundido predominantemente metal base, tres o más superficies	\$290
D6614	Onlay retenedor – metal noble fundido, dos superficies	\$290
D6615	Onlay de retenedor: metal noble fundido, tres o más superficies	\$290
D6624	Inlay de retenedor – titanio	\$290
D6634	Onlay de retención – titanio	\$290

Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D6710	Corona de retención – compuesto a base de resina indirecta	\$290
D6720	Corona de retención – resina con metal noble alto	\$290
D6721	Corona de retención – resina con metal predominantemente base	\$290
D6722	Corona de retención – resina con metal noble	\$290
D6740	Corona de retención – porcelana/cerámica	\$290
D6750	Corona de retención – porcelana fundida en metal noble alto	\$290
D6751	Corona de retención – porcelana fundida para metal predominantemente base	\$290
D6752	Corona de retención – porcelana fundida al metal noble	\$290
D6780	Corona de retención – 3/4 fundido de metal noble alto	\$290
D6781	Corona de retención – 3/4 fundido predominantemente metal base	\$290
D6782	Corona de retención – 3/4 de metal noble fundido	\$290
D6783	Corona de retención – 3/4 porcelana/cerámica	\$290
D6790	Corona de retención – metal noble de alta noble fundición completa	\$290
D6791	Corona de retención – fundido completo predominantemente metal base	\$290
D6792	Corona de retención – metal noble fundido completo	\$290
D6793	Corona de retención provisional – tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final	\$85
D6794	Corona de retención – titanio	\$290
D6930	Vuelva a consolidar o volver a vincular la prótesis parcial fija	\$0
D6940	Rompensiones	\$110
D6950	Fijación de precisión	\$195
D6980	Reparación parcial de la prótesis fija necesaria por fallo del material restaurador	\$45

Cirugía oral

- Incluye visitas/tratamientos postoperatorios de rutina.
- La eliminación de terceros molares asintomáticos no es un servicio cubierto a menos que exista patología (*enfermedad*).

D7111	Extracción, restos coronales – diente primario	\$5
D7140	Extracción, diente en erupción o raíz expuesta (<i>extracción de elevación y/o fórceps</i>)	\$5
D7210	Extracción, diente en erupción que requiere la extracción de hueso y / o seccionamiento del diente e incluyendo la elevación del colgajo mucoperiosteal si se indica	\$50
D7220	Extirpación del diente impactado – tejido blando	\$50
D7230	Extirpación del diente impactado – parcialmente óseo	\$65
D7240	Extirpación del diente impactado – completamente óseo	\$135
D7241	Extirpación del diente impactado – completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$150
D7250	Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de <i>corte</i>)	\$40
D7251	Coronectomía – extirpación parcial intencional de dientes	\$135

D7260	Cierre de fístula oroantral	\$270
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	\$275
D7270	Reimplantación dental y/o estabilización de dientes accidentalmente evulsed o desplazados	\$80
D7280	Exposición de un diente sin erupciones	\$100
D7282	Movilización de dientes en erupción o malposicionados para ayudar a la erupción	\$90
D7283	Colocación de un accesorio en un diente sin erupciones, después de su exposición, para ayudar en su erupción. Reporte la exposición quirúrgica por separado usando D7280.	\$90
D7285	Biopsia incisional de tejido oral – duro (<i>hueso, diente</i>)	\$150

Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D7286	Biopsia incisional de tejido oral – suave	\$60
D7287	Colección de muestras citológicas exfoliantes	\$50
D7288	Biopsia de cepillo: colección de muestras transepiteliales	\$50
D7291	Fibraotomía transseptal/fibraotomía crestal supra, por informe	\$40
D7310	Alveoplastia en combinación con extracciones – cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$40
D7311	Alveoplastia en combinación con extracciones – uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$25
D7320	Alveoplastia no en combinación con extracciones – cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$190
D7321	Alveoplastia no en combinación con extracciones – uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$65
D7340	Vestibuloplastia – extensión de la cresta (<i>epitelización secundaria</i>)	\$370
D7350	Vestibuloplastia – extensión de la cresta (<i>incluyendo injertos de tejido blando, reconexión muscular, revisión de la unión de tejido blando y el manejo de tejido hipertrofiado e hiperplásico</i>)	\$990
D7450	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno – diámetro de la lesión de hasta 1,25 cm	\$130
D7451	Extirpación del quiste o tumor odontogénico benigno – diámetro de la lesión mayor que 1,25 cm	\$335
D7471	Eliminación de la exostosis lateral (<i>maxilar o mandíbula</i>)	\$80
D7472	Eliminación de torus palatinus	\$60
D7473	Eliminación de torus mandibularis	\$60
D7485	Reducción de la tuberosidad oseo	\$60
D7510	Incisión y drenaje del absceso – tejido blando intraoral	\$35

D7511	Incisión y drenaje del absceso – tejido blando intraoral – complicado (<i>incluye drenaje de múltiples espacios fasciales</i>)	\$35
D7520	Incisión y drenaje del absceso – tejido blando extraoral	\$35
D7521	Incisión y drenaje del absceso – tejido blando extraoral – complicado (<i>incluye drenaje de múltiples espacios fasciales</i>)	\$35
D7550	Ostectomía/sequestrectomía parcial para la extirpación del hueso no vital	\$125
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	\$505
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	\$25
D7921	Recolección y aplicación de un producto concentrado de sangre autólogo	\$95
D7950	Injerto óseo, osteoperiosteal o cartílago de la mandíbula o maxilar – autógeno o no autógeno, por informe	\$600
D7951	Aumento del seno con sustitutos óseos o óseos a través de un enfoque lateral abierto	\$825
D7952	Aumento del seno a través de un enfoque vertical	\$825
D7953	Injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta – por sitio	\$100
D7960	Frenulectomía – también conocida como frenectomía o frenotomía – procedimiento separado no incidental a otro procedimiento	\$90
D7963	Frenuloplastia	\$90
		Tu y tu Dependent's Copago
Código	Servicio	
D7970	Escisión de tejido hiperplástico – por arco	\$55
D7971	Escisión de la gingiva pericoronar	\$40
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	\$125
Ortodoncia		
<ul style="list-style-type: none"> • Los beneficios cubren veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia habitual y consuetudinario y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. • Los beneficios integrales de la ortodoncia incluyen todas las fases del tratamiento y los aparatos fijos/extraíbles. 		
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria	\$1,095
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición transitoria	\$1,095
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adolescente	\$1,095
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adulta	\$1,095
D8070	Tratamiento ortodóntico integral de la dentición transitoria	\$2,095
D8080	Tratamiento ortodóntico integral de la dentición adolescente	\$2,095
D8090	Tratamiento ortodóntico integral de la dentición adulta	\$2,095
D8660	Examen de tratamiento pre-ortodoncia para monitorear el crecimiento y el desarrollo	\$35
D8670	Visita periódica de tratamiento de ortodoncia	\$35
D8680	Retención de ortodoncia (<i>eliminación de aparatos, construcción y colocación de retenedores</i>)	\$300

D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble	\$0
D8693	Recementar o volver a unir retenedores fijos	\$0
D8694	Reparación de retenedores fijos, incluye reconexión	\$0

- Hay un Co-Pago de \$250 para la planificación y registros del tratamiento de ortodoncia (*pre/post x-rays (cefalométrico, panorámico, etc.), fotos, modelos de estudio*).
- Hay un copago de \$25 por visita para visitas de ortodoncia más allá de veinticuatro (24) meses de tratamiento activo o retención.

Servicios Generales Adjuntos

D9110	Tratamiento paliativo (<i>de emergencia</i>) del dolor dental – procedimiento menor	\$10
D9120	Seccionamiento parcial de la prótesis fija	\$0
D9210	Anestesia local no en conjunción con procedimientos quirúrgicos o quirúrgicos	\$0
D9211	Anestesia por bloques regionales	\$0
D9212	La división trigémino bloquea la anestesia	\$0
D9215	Anestesia local en combinación con procedimientos quirúrgicos o quirúrgicos	\$0
D9219	Evaluación de sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	\$0
D9222	Sedación profunda/anestesia general – primeros 15 minutos	\$60
D9223	Sedación profunda/anestesia general – cada incremento de 15 minutos subsiguiente	\$60
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$15
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (<i>consciente</i>) primero 15 minutos	\$60
D9243	Sedación/analgesia moderada (<i>consciente</i>) intravenosa – cada incremento de 15 minutos subsiguiente	\$60
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$15
D9310	Consulta – servicio de diagnóstico proporcionado por el dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	\$0
D9311	Medicamentos o medicamentos dispensados en la oficina para uso doméstico	\$0
D9430	Visita de la oficina para observación (<i>durante las horas programadas regularmente</i>) – no se realizan otros servicios	\$0
D9440	Visita al consultorio – después de horas programadas regularmente	\$30
D9450	Presentación del caso, planificación detallada y extensa del tratamiento	\$0

Código	Servicio	Tu y tu Dependent's Copago
D9610	Medicamentos parenterales terapéuticos, administración única	\$15
D9612	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$25
D9630	Medicamentos o medicamentos dispensados en la oficina para uso doméstico	\$15
D9910	Aplicación de medicamentos desensibilizantes	\$15
D9930	Tratamiento de la complicación (<i>postquirúrgica</i>) – circunstancias inusuales, por informe	\$0
D9932	Limpieza e inspección de la dentura completa desmontable, maxilar	\$55
D9933	Limpieza e inspección de la dentura completa desmontable, mandibular	\$55
D9934	Limpieza e inspección de prótesis parciales desmontables,	\$55
D9935	Limpieza e inspección de prótesis parciales desmontables, mandibulares	\$55

D9942	Reparación y/o relínea de la guardia oclusal	\$40
D9943	Ajuste de la protección oclusal	\$10
D9944	Protector oclusal – aparato duro, arco completo	\$85
D9945	Protector oclusal – aparato blando, arco completo	\$85
D9946	Protector oclusal – aparato duro, arco parcial	\$64
D9951	Ajuste oclusal – limitado	\$30
D9952	Ajuste oclusal – completo	\$100
D9613	Infiltración de fármaco terapéutico de liberación sostenida – uno o varios sitios	\$15
D9986	Falta de cita (<i>menos de 24 horas de aviso</i>)	No exceder \$25
D9987	Cita cancelada (si es <i>menos de 24 horas de aviso, véase D9986</i>)	\$0

Terminología Dental Actual © Asociación Dental Americana

Beneficios dentales: Limitaciones y cargos adicionales

General

- Los dentistas de atención especializada aceptarán la tarifa contratada por todos los servicios cubiertos.
- La anestesia general o sedación intravenosa es un servicio cubierto sólo si se proporciona en una oficina dental general seleccionada, administrada por el dentista general seleccionado o el dentista de atención especializada, y se combina con procedimientos quirúrgicos orales y periodontales cubiertos o cuando lo considere necesario el Dentista General Seleccionado o el Dentista de Cuidado de Especialidades.
- La esterilización y el control de infecciones no son facturables para Nosotros o Usted o Su Dependiente y están incluidos dentro de los cargos por otros servicios proporcionados en esa fecha de servicio.
 - El Anestésico Local está incluido en todas las tarifas de procedimientos de restauración y cirugía.
 - Todos los adhesivos, revestimientos, bases y ajustes oclusales se incluyen como parte del procedimiento de restauración. **Diagnóstico**
- Radiografías de boca panorámicas o completas (*incluyendo alas de mordida*): una vez cada tres (3) años, a menos que sea dentalmente necesario para un problema dental específico.
- Todos los costos de radiografías periapicales y de mordida adicionales proporcionadas el mismo día en que se le proporciona una radiografía de boca completa a Usted o a su dependiente están incluidos en los costos de la radiografía completa de la boca.

Preventiva

- Las limpiezas rutinarias (*profilaxis oral*), los servicios de mantenimiento periodontal (después de la *terapia periodontal activa*) y los tratamientos con flúor se limitan a dos veces al año. Dos (2) limpiezas adicionales (*rutinarias y periodontales*) están disponibles en el Copago que se indica en el PROGRAMA DE BENEFICIOS. Profilaxis adicional están disponibles, si es dentalmente necesario.
- Selladores y/o restauraciones preventivas de resina: El beneficio del plan se aplica a los dientes molares primarios y permanentes, limitados a los 19 años, uno (1) por diente, por treinta y seis (36) meses, a menos que sea dentalmente necesario.
- Los mantenedores de espacio están cubiertos hasta la edad de 14 años una vez por área, por vida. La sustitución de los mantenedores de espacio perdido no son un servicio cubierto.

Coronas de tratamiento restaurativo, implantes y puentes fijos

- Se aplicará un cargo adicional, que no exceda de \$150 por unidad, para cualquier procedimiento utilizando metal noble, noble o de titanio.
- Los casos que involucren siete (7) o más coronas, implantes y/o unidades de puente fijas en el mismo plan de tratamiento requieren un copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado para cada unidad de corona, implante o puente.
- Hay un copago de \$75 por molar, para el uso de porcelana.
- Coronas de acero inoxidable prefabricadas o coronas de resina prefabricada están limitadas a no más de un (1) reemplazo para la misma superficie dental dentro de cinco (5) años.
- Los cargos por coronas/restauraciones temporales están incluidos dentro de los costos de la Corona/restauración permanente.

6. Las coronas/restauraciones provisionales se utilizarán durante un período intermedio de al menos seis (6) meses de duración. Las coronas/restauraciones provisionales se utilizarán durante un período de al menos dos (2) meses de duración. Estos procedimientos deben utilizarse durante el tratamiento reparador para permitir un tiempo adecuado para la curación o finalización de otros procedimientos. No deben utilizarse como restauraciones temporales.
7. El reemplazo de cualquier Restauración fundida con el mismo o otro tipo de Restauración de Lanzamiento se limita a no más de una vez cada cinco (5) años.
8. Las acumulaciones de núcleo están limitadas a no más de una vez por diente en un período de cinco (5) años.
9. El puesto y los núcleos están limitados a no más de una vez por diente en un período de cinco (5) años.
10. Las carillas labiales están limitadas a no más de una vez por diente en un período de cinco (5) años.

Prostodoncia

1. Los reajustes y reajustes se limitan a un (1) cada doce (12) meses.
2. Dentaduras (*totales o parciales*): Reemplazo sólo después de cinco (5) años han transcurrido después de cualquier provisión previa de dichas dentaduras bajo un Plan SafeGuard, a menos que debido a la pérdida de un diente natural que no se puede agregar al parcial existente. Los reemplazos serán un beneficio bajo este Plan sólo si la Prótesis existente es insatisfactoria y no puede hacerse satisfactoria según lo determinado por el dentista general seleccionado o el dentista de atención especializada.
3. Reemplazo de una prótesis completa inmediata con una prótesis completa permanente si la Prótesis completa inmediata no se puede hacer permanente y dicha sustitución se realiza dentro de los doce (12) meses de la instalación de la Prótesis completa inmediata.
4. Ajustes de denturas si han transcurrido al menos seis (6) meses desde la instalación de la Prótesis desmontable existente.
5. La entrega de Prostodoncia extraíble y fija incluye hasta tres (3) ajustes dentro de los seis (6) meses de la fecha de entrega del servicio.
6. El acondicionamiento de tejidos es elegible para un (1) por aparato cada veinticuatro (24) meses.
7. Las prótesis provisionales se utilizarán durante un período intermedio de al menos seis (6) meses de duración. Las prótesis provisionales se utilizarán durante un período de al menos dos (2) meses de duración. Estos procedimientos deben utilizarse durante el tratamiento reparador para permitir un tiempo adecuado para la curación o finalización de otros procedimientos. No deben utilizarse como restauraciones temporales.

Servicios de implantes

1. Los implantes están limitados a no más de una vez para la misma posición dental en un período de cinco (5) años.
2. Las reparaciones de implantes se limitan a no más de una vez en un período de doce (12) meses.
3. Las prótesis compatibles con implantes están limitadas a no más de una vez para la misma posición dental en un período de cinco (5) años:
 - cuando sea necesario para reemplazar los dientes que faltan congénitamente; O
 - when needed to replace natural teeth.
4. Los siguientes se limitan a no más de dos (2) cada uno al año: implantes, prótesis compatibles con implantes y pilares de implantes.

Endodoncia

1. Los copagos enumerados para los procedimientos de endodoncia no incluyen el costo de la restauración final.
2. Los materiales utilizados para el riego por canales están incluidos en las tarifas del procedimiento de endodoncia.

Cirugía oral

1. La eliminación de terceros molares asintomáticos no es un servicio cubierto. La patología (*enfermedad*) debe existir para que sea cubierta por el programa.
2. Incluye visitas/tratamientos postoperatorios de rutina.

Periodoncia

1. El riego (*como la clorhexidina*), se incluye con los otros servicios prestados ese día.
2. Los agentes quimioterápicos locales están limitados a no más de seis (6) dientes por arco. Los planes de tratamiento que involucran más de seis (6) dientes por arco, requieren la aprobación previa del Plan.
3. El mantenimiento periodontal es elegible después de la terapia periodontal activa, que incluye escalado y cepado de raíces, cirugía, etc.
4. La escala periodontal y el cepo de raíz, se limitan a no más de una vez por cuadrante en cualquier período de veinticuatro (24) meses.

5. La cirugía periodontal, incluida la gingivectomía, la gingivoplastia y la cirugía oseo, se limita a no más de un procedimiento quirúrgico por cuadrante en cualquier período de treinta y seis (36) meses.
6. Las tablas periodontales para planificar el tratamiento de la enfermedad periodontal se incluyen como parte del diagnóstico y tratamiento general. No se aplicará ningún cargo adicional a Usted o a Su Dependiente o A Nosotros. **Ortodoncia**
1. Si usted o su dependiente requieren los servicios de un ortodoncista, primero debe facilitar su recomendación por su dentista general seleccionado. Si no se obtiene una referencia antes de que comience el tratamiento de ortodoncia, Usted será responsable de todos los costos asociados con cualquier tratamiento de ortodoncia.
2. Si usted o su dependiente terminan la cobertura del Plan SafeGuard después del inicio del tratamiento de ortodoncia, Usted será responsable de cualquier cargo adicional incurrido por el tratamiento de ortodoncia restante.
3. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista general seleccionado o dentista de atención especializada cuya especialidad sea la ortodoncia o la odontología pediátrica para los copagos enumerados en este PROGRAMA DE BENEFICIOS para aplicar.
4. Los beneficios del plan abarcarán veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia habitual y consuetudinario y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. El tratamiento que se extienda más allá de esos períodos de tiempo estará sujeto a un cargo de \$25 por visita.
5. La fase de retención del tratamiento incluirá la construcción, colocación y ajuste de los retenedores.
6. Si usted o su dependiente comenzaron el tratamiento de ortodoncia antes de su cobertura para usted o que

Dependiente iniciado bajo este contrato de grupo, el tratamiento de Ortodoncia Continua está disponible bajo este contrato de grupo para Usted o Su Dependiente bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a. Usted estaba cubierto bajo los términos de un plan dental proporcionado por SafeGuard y, debido a una adquisición, ahora están cubiertos por los términos de este contrato de grupo;
- b. Usted estaba cubierto bajo los términos de un plan dental proporcionado por un transportista que no sea SafeGuard y ahora está cubierto por los términos de este contrato de grupo porque el Titular del Contrato posteriormente contrata con SafeGuard;
- c. Usted es elegible para los beneficios de DHMO bajo los términos de este contrato de grupo debido a Su estatus como nuevo empleado; O
- d. Usted estaba cubierto bajo los términos de un plan dental y recibió servicios de ortodoncia que no estaban cubiertos porque ese plan dental no ofreció cobertura de ortodoncia.

Al recibir un Formulario de Ortodoncia Continua completado por Nosotros, con toda la documentación de apoyo, aceptaremos la responsabilidad por continuar el pago del saldo restante adeudado, hasta un máximo de \$1,500 veces el porcentaje del tratamiento total restante a partir de esta Fecha de entrada en vigor del contrato de grupo, sujeto a la sección titulada

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES Y BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES.

El tratamiento de ortodoncia continua estará disponible si usted se inscribe dentro de los 30 días de la fecha en que se convierte en elegible para beneficios bajo los términos de este contrato de grupo.

Beneficios dentales: Exclusiones

1. Cualquier procedimiento que no figure específicamente como Servicio Cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS o procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines cosméticos (a menos que se indique específicamente como Servicio Cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS), no son Cubiertos.
2. Los Servicios Cubiertos deben ser realizados por su Consultorio Dental General Seleccionado o una Especialidad de SafeGuard Dentista de Atención al que se le remite de acuerdo con los términos de Su evidencia de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS. Los servicios realizados por cualquier dentista no contratado con SafeGuard no son Servicios cubiertos, sin la aprobación previa de SafeGuard o su dentista general seleccionado, de acuerdo con los términos de Su evidencia de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS (excepto para servicios de emergencia fuera del área).
3. Los procedimientos dentales comenzaron antes de la elegibilidad de Su O De su Dependiente bajo este SCHEDULE DE BENEFICIOS o iniciados después de que sus beneficios o los de su dependiente hayan terminado. Por ejemplo, dientes preparados para coronas, conductos radiculares en curso (el diente se ha abierto en la pulpa (cámara nerviosa))o dentaduras completas o parciales para las que se ha tomado una impresión.

-
4. Cualquier servicio dental, o aparatos, que se determine que no son razonables y/o necesarios para mantener o mejorar la salud dental de Usted o Su Dependiente, según lo determine el Dentista General Seleccionado, y Nosotros basados en estándares dentales generalmente aceptados de Cuidado.
 5. Cirugía ortognática.
 6. Cargos hospitalarios para pacientes hospitalizados/ambulatorios de cualquier tipo, incluyendo recetas o medicamentos, excepto los cuidados paliativos para una Condición Dental de Emergencia. La anestesia general o la sedación intravenosa no están cubiertas por ningún motivo si se prestan en un centro de paciente sin hogar u hospital. Los cargos dentales estarán cubiertos, si el procedimiento realizado está cubierto por el Plan.
 7. Reemplazo de dentues, coronas, electrodomésticos o Bridgework que se hayan perdido, robado o dañado.
 8. Tratamiento de neoplasias malignas, quistes o neoplasias, a menos que se indique específicamente como un Servicio Cubierto en el SCHEDULE DE BENEFICIOS. Cualquier servicio relacionado con las tasas de laboratorio de patología.
 9. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo propósito principal es cambiar la dimensión vertical de la oclusión, la malformación congénita correcta, el desarrollo o los trastornos dentales inducidos médicamente, incluyendo, pero no limitado a, el tratamiento de la miofuncional, trastornos mioesqueléticos, o temporomandibulares de las articulaciones a menos que se indique lo contrario específicamente como un servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.
 10. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del gobierno federal o estatal, subdivisión política u otro programa público que no sea Medicaid o Medicare.
 11. Servicios dentales requeridos mientras se sirve en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
 12. Servicios dentales considerados de naturaleza experimental o investigadora. Si determinamos que un servicio dental es de naturaleza experimental o de investigación, esta determinación adversa puede ser apelada como se describe en la sección titulada APPEAL DE DETERMINACIONES ADVERSAS en Su Evidencia de Cobertura.
 13. Tratamiento requerido debido a un accidente de una fuerza externa, a menos que se indique lo contrario como Servicio Cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.
 14. Los siguientes no se incluyen como beneficios de ortodoncia:
 - Reparación o reemplazo de aparatos perdidos o rotos; • Retratamiento de casos de ortodoncia; • Tratamiento que implica:
 - Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia, macroglosia;
 - Desequilibrios hormonales u otros factores que afectan el crecimiento o las anomalías del desarrollo;
 - Tratamiento relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular;
 - Soportes compuestos o cerámicos, adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o cosméticas a aparatos de ortodoncia fijos y extraíbles estándar.
 - Se excluyen los servicios de Invisalign.