

GOODWILL OF CENTRAL & NORTHERN ARIZONA

Resumen del diseño del plan



Resumen dental

POLICY # 010-35327

	PLAN BÁSICO (LOW)
Beneficios del plan	
Procedimientos Tipo 1	Gasto máximo de contribución
Procedimientos Tipo 2	Gasto máximo de contribución
Procedimientos Tipo 3	Gasto máximo de contribución
Deducible	\$50/año calendario
	Tipo 1 exento
	Tipo 3 Máximo por familia
Máximo (por persona)	\$1,000/año calendario
Red PPO	PPO pasiva
Provisión	Gasto máximo de contribución
Procedimientos Tipo 1	Gasto máximo de contribución
Procedimientos Tipo 2	Gasto máximo de contribución
Procedimientos Tipo 3	Gasto máximo de contribución
Periodo de espera	Ninguno
LASIK Advantage®	Incluido
Inscripciones abiertas anualmente	Incluidas

Resumen de ortodoncia

Provisiones de todos los diseños de planes: Dentro de la red, tarifa con descuento. Fuera de la red, precio U&C.	
Beneficios del plan	50%
Cobertura para adultos	No
Máximo de por vida (por persona)	\$1,000
Periodo de espera	Ninguno

Procedimientos Tipo 1	
Procedimiento	
(Frecuencia)	
	- Examen de rutina (1 en 6 meses) - Radiografías de aleta de mordida (1 en 12 meses) - Radiografías de toda la boca/panorámicas (1 en 5 años) - Radiografías periapicales - Limpieza (1 en 6 meses) - Flúor para niños de 13 años o menores (1 en 12 meses) - Sellantes (13 años de edad y menores)
Procedimientos Tipo 2	
Procedimiento	
(Frecuencia)	
	- Mantenedores de espacio - Amalgamas - Composite a base resina - Endodoncia (tratamiento no quirúrgico) - Endodoncia (tratamiento quirúrgico) - Periodoncia (tratamiento no quirúrgico) - Periodoncia (tratamiento quirúrgico) - Reparación de dentaduras postizas - Extracciones simples
Procedimientos Tipo 3	
Procedimiento	
(Frecuencia)	
	- Incrustaciones con recubrimiento cuspidé - Coronas (1 en 10 años por diente) - Reparación de coronas - Prostodoncia (Puente fijo; dentaduras postizas completas/parciales) (1 en 10 años) - Extracciones complejas - Anestesia

Current Dental Terminology © Asociación Dental Estadounidense.

*Maximum Covered Expense is the maximum amount considered per procedure.

TABLA DE PROCEDIMIENTOS DENTALES

LEA CON ATENCIÓN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE LAS DISPOSICIONES Y FRECUENCIAS DE LOS PROCEDIMIENTOS.

Adjunta, encontrará una lista con los procedimientos dentales para los cuales los beneficios son pagaderos de acuerdo con esta sección; se basa en la *Current Dental Terminology* © Asociación Dental Estadounidense.

No existen beneficios pagaderos para los procedimientos que no se enumeran.

- Sus beneficios se rigen por un año calendario. Un año calendario abarca desde el 1ro de enero hasta el 31 de diciembre.
- El periodo de beneficios es el periodo desde el 1ro de enero de cualquier año hasta el 31 de diciembre del mismo año. Pero durante el primer año en el cual una persona está asegurada, el periodo de beneficios es el periodo que comienza a partir de la fecha de entrada en vigencia y finaliza el 31 de diciembre de ese año.
- Los procedimientos cubiertos están sujetos a todas las disposiciones del plan, limitaciones de procedimientos y frecuencia, y/o revisiones de un consultor.
- La referencia a "lesión traumática" de acuerdo con este plan se define como una lesión provocada por fuerzas externas (es decir, fuera de la boca) y excluye específicamente las lesiones provocadas por fuerzas internas tales como el bruxismo (abrasión de los dientes).
- Los beneficios para el reemplazo de prótesis dentales o coronas protésicas se basarán en la fecha anterior de colocación. Las frecuencias relacionadas con el periodo de beneficios se medirán dentro de los límites establecidos por el periodo de beneficios. Todas las demás frecuencias se medirán a partir de la última fecha de servicio bajo cobertura.
- X-ray images, periodontal charting and supporting diagnostic data may be requested for our review.
- Recomendamos que se presente un presupuesto previo al tratamiento para todos los trabajos anticipados que el asegurado considere costosos.
- Un presupuesto previo al tratamiento no es una autorización previa ni una garantía de pago o elegibilidad; es una noción de los beneficios estimados que se encuentran disponibles si se realizan los procedimientos descritos.

PROCEDIMIENTOS TIPO 1
Plan 1
PERIODO DE BENEFICIOS - Año calendario
Para limitaciones adicionales - Vea limitaciones

	Gasto máximo cubierto
EXAMEN BUCAL DE RUTINA	
D0120 Examen bucal periódico - paciente establecido.	\$23.00
D0145 Examen bucal para un paciente menor de tres años y asesorado por un proveedor médico de atención primaria.	\$18.00
D0150 Examen bucal integral - paciente nuevo o establecido.	\$35.00
D0180 Examen periodontal integral - paciente nuevo o establecido.	\$35.00
EXAMEN INTEGRAL: D0150, D0180	
- La cobertura está limitada a 1 de estos procedimientos por 1 proveedor. - Adicionalmente, la cobertura de D0150, D0180 se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos durante 6 meses. - D0120, D0145 también contribuye(n) a esta limitación. - Si se cumple con la frecuencia, se considerará como beneficio alternativo de D0120/D0145 y contará para esta frecuencia.	
EXAMEN DE RUTINA: D0120, D0145	
- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 6 meses. - D0150, D0180 también contribuye(n) a esta limitación. - Procedimiento D0120 se considerará para individuos de 3 años de edad y mayores. - Procedimiento D0145 se considerará para individuos de 2 años de edad y menores.	
RADIOGRAFÍA COMPLETA O PANORÁMICA	
D0210 Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas.	\$74.00
D0330 Imagen radiográfica panorámica.	\$59.00
RADIOGRAFÍAS COMPLETAS/PANORÁMICAS: D0210, D0330	
La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 60 meses.	
OTRAS RADIOGRAFÍAS	
D0220 Intraoral - primera imagen radiográfica periapical.	\$14.00
D0230 Intraoral - cada imagen radiográfica periapical adicional.	\$10.00
D0240 Intraoral – imagen radiográfica oclusal.	\$19.00
D0250 Extraoral: imagen radiográfica con proyección en 2D creada mediante una fuente de radiación estacionaria y un detector.	\$24.00
D0251 Extraoral: imagen radiográfica dental, posterior	\$24.00
PERIAPICAL: D0220, D0230	
El monto máximo considerado para imágenes radiográficas tomadas en un día será equivalente a la asignación de un D0210.	
ALETAS DE MORDIDA	
D0270 Aleta de mordida - imagen radiográfica simple.	\$11.00
D0272 Aletas de mordida - dos imágenes radiográficas.	\$21.00
D0273 Aletas de mordida - tres imágenes radiográficas.	\$25.00
D0274 Aletas de mordida - cuatro imágenes radiográficas.	\$32.00
D0277 Aletas de mordida verticales - 7 a 8 imágenes radiográficas.	\$49.00
ALETAS DE MORDIDA: D0270, D0272, D0273, D0274	
- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 12 meses. - D0277 también contribuye(n) a esta limitación. - El monto máximo considerado para imágenes radiográficas tomadas en un día será equivalente a la asignación de un D0210.	
ALETAS DE MORDIDA VERTICALES: D0277	

PROCEDIMIENTOS TIPO 1

Gasto máximo
cubierto

- Se considerará a la aleta de mordida vertical como beneficio alternativo de D0274 y contará para esta frecuencia. El monto máximo considerado para imágenes radiográficas tomadas en un día será equivalente a la asignación de un D0210.

PROFILAXIS (LIMPIEZA) Y AGENTE FLUORADO

D1110	Profilaxis - adultos.	\$49.00
D1120	Profilaxis - niños.	\$34.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor.	\$19.00
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz.	\$19.00
D9932	Limpieza e inspección de dentadura completa maxilar extraíble.	\$19.00
D9933	Limpieza e inspección de dentadura completa mandibular extraíble.	\$19.00
D9934	Limpieza e inspección de dentaduras parciales maxilares extraíbles.	\$19.00
D9935	Limpieza e inspección de dentaduras parciales mandibulares extraíbles.	\$19.00

AGENTE FLUORADO: D1206, D1208

- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 12 meses.
- Los beneficios son considerados para personas de 13 años de edad y menores.

PROFILAXIS: D1110, D1120

- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 6 meses.
- D4910 también contribuye(n) a esta limitación.
- La profilaxis (limpieza) para adultos se considera para personas de 14 años de edad y mayores. La profilaxis (limpieza) para niños se considera para personas de 13 años de edad y menores. Los beneficios para la profilaxis (limpieza) no se encuentran disponibles cuando se realiza ésta en la misma fecha que los procedimientos periodontales.

PROFILAXIS PROSTODÓNTICA: D9932, D9933, D9934, D9935

- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 6 meses.
- No se permiten cuando se realizan en la misma fecha que los servicios periodontales.

SELLANTE

D1351	Sellante - por diente.	\$27.00
D1352	Restauración preventiva de resina en pacientes con riesgo moderado a alto de caries - diente permanente.	\$27.00
D1353	Reparación con sellador – por diente.	\$27.00

SELLANTE: D1351, D1352, D1353

- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 36 meses.
- Los beneficios son considerados para personas de 13 años de edad y menores.
- Los beneficios se consideran únicamente para molares permanentes.
- La cobertura se permite únicamente para la superficie oclusiva.

PROCEDIMIENTOS TIPO 2
Plan 1
PERIODO DE BENEFICIOS - Año calendario
Para limitaciones adicionales - Vea limitaciones

	Gasto máximo cubierto
EXAMEN BUCAL LIMITADO	
D0140 Examen bucal limitado - enfocado en un problema.	\$32.00
D0170 Re-evaluación - limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para visitas post-operatorias).	\$32.00
EXAMEN BUCAL LIMITADO: D0140, D0170	
La cobertura únicamente se permite para lesiones accidentales. Si no se debe a un accidente, se considerará como beneficio alternativo de un D0120/D0145 y contará para esta frecuencia	
LABORATORIO DE PATOLOGÍA ORAL	
D0472 Adquisición del tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión del informe escrito.	\$38.00
D0473 Adquisición del tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión del informe escrito.	\$75.00
D0474 Adquisición del tejido, examen macroscópico y microscópico, incluyendo la evaluación de los bordes quirúrgicos para verificar la presencia de enfermedad, preparación y transmisión del informe escrito.	\$75.00
LABORATORIO DE PATOLOGÍA ORAL: D0472, D0473, D0474	
- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 12 meses. - La cobertura está limitada a 1 examen por biopsia/extirpación.	
MANTENEDORES DE ESPACIO	
D1510 Mantenedor de espacios - fijo - unilateral.	\$149.00
D1515 Mantenedor de espacios - fijo - bilateral.	\$245.00
D1520 Mantenedor de espacio - removible - unilateral.	\$234.00
D1525 Mantenedor de espacio - removible- bilateral.	\$285.00
D1550 Recementación o readhesión de mantenedor de espacio.	\$31.00
D1555 Remoción de mantenedor fijo de espacio.	\$42.00
MANTENEDORES DE ESPACIO: D1510, D1515, D1520, D1525	
La cobertura está limitada al mantenimiento de espacio para dientes retenidos, después de la extracción de dientes temporales. Las asignaciones incluyen todos los ajustes dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de colocación.	
RESTAURACIONES DE AMALGAMA (RELLENOS)	
D2140 Amalgamas - una superficie, en dientes temporales o permanentes.	\$54.00
D2150 Amalgamas- dos superficies, en dientes temporales o permanentes.	\$68.00
D2160 Amalgamas- tres superficies, en dientes temporales o permanentes.	\$83.00
D2161 Amalgamas- cuatro o más superficies, en dientes temporales o permanentes.	\$99.00
RESTAURACIONES DE AMALGAMA: D2140, D2150, D2160, D2161	
- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 6 meses. - D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990, D9911 also contribute(s) to this limitation.	
RESTAURACIONES DE RESINAS (RELLENOS)	
D2330 Composite a base resinas - una superficie, anterior.	\$66.00
D2331 Composite a base resinas - dos superficies, anteriores.	\$83.00
D2332 Composite a base resinas - tres superficies, anteriores.	\$104.00
D2335 Composite a base resinas - cuatro o más superficies, o que involucre el ángulo incisal (anteriores).	\$114.00
D2391 Composite a base resinas - una superficie, posterior.	\$72.00
D2392 Composite a base resinas - dos superficies, posteriores.	\$91.00
D2393 Composite a base resinas - tres superficies, posteriores.	\$114.00
D2394 Composite a base resinas - cuatro o más superficies, posteriores.	\$126.00
D2410 Orificación - una superficie.	\$54.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 2

	Gasto máximo cubierto
D2420 Orificación - dos superficies.	\$68.00
D2430 Orificación - tres superficies.	\$83.00
D2990 Infiltración con resina en lesiones incipientes en superficie lisa.	\$83.00
RESTAURACIONES DE COMPOSITE: D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990	
• La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 6 meses. • D2140, D2150, D2160, D2161, D9911, también contribuye(n) a esta limitación. • Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares. • La cobertura está limitada a la colocación necesaria como resultado de caries o reemplazo debido a restauraciones inservibles existentes.	
RESTAURACIONES DE ORO LAMINADO: D2410, D2420, D2430	
• El oro laminado se considera un beneficio alternativo para una restauración de amalgamas/compuestos.	
CORONA DE ACERO INOXIDABLE (CORONA PREFABRICADA)	
D2390 Corona de composite a base de resinas, anterior.	\$140.00
D2929 Coronas prefabricadas de porcelana/cerámica - dientes primarios.	\$140.00
D2930 Corona prefabricadas de acero inoxidable - diente temporal.	\$117.00
D2931 Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente.	\$124.00
D2932 Corona prefabricada de resina.	\$140.00
D2933 Corona prefabricadas de acero inoxidable con cubierta de resina.	\$140.00
D2934 Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético - diente temporal.	\$140.00
CORONA DE ACERO INOXIDABLE: D2390, D2929, D2930, D2931, D2932, D2933, D2934	
• El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 12 meses. • Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.	
RECEMENTADO	
D2910 Recementado o readhesión de incrustaciones, sobreincrustaciones, carillas o restauraciones de cobertura parcial.	\$43.00
D2915 Recementado o readhesión de perno y muñón colados o prefabricados.	\$22.00
D2920 Recementado o readhesión de corona.	\$42.00
D2921 Readhesión de fragmento, borde incisal o cúspide de un diente.	\$42.00
D6092 Recementado o readhesión de corona implantosoportada o apoyada por pilar.	\$42.00
D6093 Recementado o readhesión de prótesis parcial fija implantosoportada o apoyada por pilar.	\$42.00
D6930 Recementado o readhesión de una prótesis parcial fija.	\$59.00
RELLENO SEDANTE	
D2940 Restauración de protección.	\$40.00
D2941 Restauración terapéutica provisoria - dentición temporal.	\$40.00
RECUBRIMIENTO PULPAR	
D3110 Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final).	\$37.00
RELATIVO A ENDODONCIA	
D3220 Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - extirpación de la pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento.	\$73.00
D3221 Desbridamiento de la pulpa, dientes temporales y permanentes.	\$73.00
D3222 Pulpotomía parcial para lograr una apicogénesis - diente permanente con desarrollo incompleto de raíz.	\$110.00
D3230 Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - dientes temporales, anteriores (no incluye la restauración final).	\$97.00
D3240 Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - diente temporal, posterior (no incluye la restauración final).	\$85.00
D3333 Reparación radicular interna de los defectos por perforaciones.	\$120.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 2

	Gasto máximo cubierto
D3351 Apexificación/recalcificación - primera visita (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	\$120.00
D3352 Apicoformación/recalcificación - reemplazo de medicamento temporal (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección del espacio pulpar, etc.)	\$81.00
D3353 Apexificación/recalcificación - última visita (incluye el término de la terapia del conducto radicular - cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción de raíz, etc.).	\$237.00
D3357 Regeneración pulpar - término del tratamiento.	\$237.00
D3430 Retro-obturación – por raíz.	\$94.00
D3450 Amputación radicular - por raíz.	\$222.00
D3920 Hemisección (incluyendo cualquier extracción de raíces), sin incluir el tratamiento del conducto radicular.	\$188.00
RELATIVO A ENDODONCIA: D3333, D3430, D3450, D3920	
El procedimiento D3333 se limita a dientes permanentes únicamente.	
TERAPIA DE ENDODONCIA (CONDUCTOS RADICULARES)	
D3310 Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final).	\$333.00
D3320 Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final).	\$392.00
D3330 Terapia de endodoncia, molar (no incluye la restauración final).	\$514.00
D3332 Terapia endodóncica incompleta; diente inoperable, irreparable o fracturado.	\$196.00
D3346 Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – diente anterior.	\$415.00
D3347 Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – premolar.	\$478.00
D3348 Retratamiento de terapia previa del conducto radicular - molar.	\$593.00
CONDUCTOS RADICULARES: D3310, D3320, D3330, D3332	
- Los beneficios se consideran únicamente para dientes permanentes. - Las asignaciones incluyen imágenes radiográficas intraoperativas y cultivos pero no incluyen la restauración final.	
RETRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR: D3346, D3347, D3348	
- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 12 meses. - D3310, D3320, D3330, también contribuye(n) a esta limitación. - Los beneficios se consideran únicamente para dientes permanentes. - La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 12 meses. Las asignaciones incluyen imágenes radiográficas intraoperativas y cultivos pero no incluyen la restauración final.	
ENDODONCIA QUIRÚRGICA	
D3355 Regeneración pulpar - primera visita.	\$593.00
D3356 Regeneración pulpar - reemplazo de medicamento provisorio.	\$593.00
D3410 Apicectomía – anterior.	\$343.00
D3421 Apicectomía - premolar (primera raíz).	\$395.00
D3425 Apicectomía - molar (primera raíz).	\$428.00
D3426 Apicectomía (cada raíz adicional).	\$153.00
D3427 Cirugía perirradicular sin apicectomía.	\$153.00
PERIODONCIA QUIRÚRGICA	
D4210 Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante.	\$217.00
D4211 Gingivectomía o gingivoplastia – uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante.	\$109.00
D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular – cuatro o más dientes vecinos o espacios limitados por dientes por cuadrante.	\$298.00
D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular – uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante.	\$149.00
D4260 Cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) – cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante.	\$546.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 2

		Gasto máximo cubierto
D4261	Cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) – uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante.	\$274.00
D4263	Injerto óseo - primer sitio en el cuadrante.	\$178.00
D4264	Injerto óseo - cada sitio adicional en el cuadrante.	\$134.00
D4265	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejido blando y óseo.	\$89.00
D4270	Procedimiento de injertos en pedículo de tejido blando.	\$402.00
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluye los sitios de la cirugía del donante y receptor), en el primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto.	\$497.00
D4274	Procedimiento con cuña distal o proximal (cuando no se realiza en conjunción con otros procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica).	\$239.00
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluye el sitio de la cirugía del receptor y el material del donante), en el primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto.	\$426.00
D4276	Injerto pediculado doble de tejido conjuntivo combinado, por diente.	\$497.00
D4277	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye el sitio de la cirugía del donante y el receptor), en el primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto.	\$497.00
D4278	Procedimiento con injerto libre de tejido blando (incluye la intervención quirúrgica en zona del donante y del receptor), cada diente contiguo adicional, implante o en la posición desdentada del mismo sitio del injerto.	\$497.00
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluye los sitios de la cirugía del donante y receptor), en cada diente, implante o espacio edéntulo contiguo adicional en el mismo sitio del injerto.	\$497.00
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluye el sitio de cirugía del receptor y los materiales del donante), en cada diente, implante o espacio edéntulo contiguo adicional en el mismo sitio del injerto.	\$497.00
INJERTOS ÓSEO: D4263, D4264, D4265		
• Cada cuadrante está limitado a 1 de cada uno de estos procedimientos cada 3 años. • La cobertura está limitada al tratamiento de la enfermedad periodontal.		
GINGIVECTOMÍA: D4210, D4211		
• Cada cuadrante está limitado a 1 de cada uno de estos procedimientos cada 3 años. • La cobertura está limitada al tratamiento de la enfermedad periodontal.		
CIRUGÍA ÓSEA: D4240, D4241, D4260, D4261		
• Cada cuadrante está limitado a 1 de cada uno de estos procedimientos cada 3 años. • La cobertura está limitada al tratamiento de la enfermedad periodontal.		
INJERTOS DE TEJIDO: D4270, D4273, D4275, D4276, D4277, D4278, D4283, D4285		
• Cada cuadrante está limitado a 2 de cualquiera de estos procedimientos cada 3 años. • La cobertura está limitada al tratamiento de la enfermedad periodontal.		
PERIODONCIA NO QUIRÚRGICA		
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante.	\$112.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cuadrante.	\$56.00
D4381	Distribución localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada dentro del tejido crevicular enfermo, por diente.	\$82.00
AGENTES QUIMIOTERAPEÚTICOS: D4381		
• Cada cuadrante está limitado a 2 de cualquiera de estos procedimientos cada 2 años.		
RASPADOS PERIODONTALES Y ALISADO RADICULAR: D4341, D4342		
• Cada cuadrante está limitado a 1 de cada uno de estos procedimientos cada 2 años.		
DESBRIDAMIENTO BUCAL COMPLETO		
D4355	Un desbridamiento bucal completo para permitir evaluación y diagnóstico integrales.	\$67.00
DESBRIDAMIENTO BUCAL COMPLETO: D4355		
• La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 5 años.		
MANTENIMIENTO PERIODONTAL:		
D4910	Mantenimiento periodontal.	\$68.00
MANTENIMIENTO PERIODONTAL: D4910		
• La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 6 meses. • D1110, D1120 también contribuye(n) a esta limitación.		

PROCEDIMIENTOS TIPO 2

Gasto máximo
cubierto

- La cobertura se encuentra supeditada a la evidencia de una terapia periodontal activa de toda la boca. Los beneficios no están disponibles si se realiza en la misma fecha que otro procedimiento periodontal.

REPARACIÓN DE PRÓTESIS

D5510	Reparación de la base fracturada de una prótesis total.	\$68.00
D5520	Reemplazo de dientes perdidos o quebrados – prótesis total (cada diente).	\$57.00
D5610	Reparación de base de una prótesis de resina.	\$68.00
D5620	Reparación del esqueleto de metal colado.	\$80.00
D5630	Reparación o reemplazo de ganchos rotos, por diente.	\$84.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente.	\$60.00

REAJUSTE DE PRÓTESIS

D5730	Reajuste de una prótesis total superior (consultorio).	\$126.00
D5731	Reajuste de una prótesis total inferior (consultorio).	\$125.00
D5740	Reajuste de una prótesis parcial superior (consultorio).	\$113.00
D5741	Reajuste de una prótesis parcial inferior (consultorio).	\$113.00
D5750	Reajuste de una prótesis total superior (laboratorio).	\$187.00
D5751	Reajuste de una prótesis total inferior (laboratorio).	\$184.00
D5760	Reajuste de una prótesis parcial superior (laboratorio).	\$187.00
D5761	Reajuste de una prótesis parcial inferior (laboratorio).	\$188.00

REAJUSTE DE PRÓTESIS: D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761

- La cobertura está limitada a las fechas de servicio de más de 6 meses después de la colocación.

EXTRACCIONES NO QUIRÚRGICAS

D7111	Extracción, restos de coronas - dientes caducos.	\$60.00
D7140	Extracción, erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevador y/o por fórceps).	\$60.00

OTRAS CIRUGÍA BUCALES

D7260	Cierre de fístula oroantral.	\$284.00
D7261	Cierre primario de una perforación de seno.	\$284.00
D7270	Reimplante dental y/o estabilización de un diente avulsionado o desplazado accidentalmente.	\$172.00
D7272	Transplante dental (incluye el reimplante de un sitio a otro y la ferulización y/o estabilización).	\$172.00
D7280	Acceso quirúrgico a un diente retenido.	\$266.00
D7282	Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para facilitar su erupción.	\$192.00
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado.	\$80.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante.	\$100.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante.	\$50.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante.	\$127.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante.	\$64.00
D7340	Vestibuloplastia - extensión marginal (epitelialización secundaria).	\$184.00
D7350	Vestibuloplastia - extensión marginal (incluye colgajos de tejido blando, reimplantación de músculos, revisión de implantes de tejido blando, y manejo de tejido hipertrofiado e hiperplásico).	\$456.00
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm.	\$182.00
D7411	Extirpación de lesión benigna mayor a 1.25 cm.	\$233.00
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada.	\$257.00
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm.	\$246.00
D7414	Extirpación de lesión maligna mayor a 1.25 cm.	\$180.00
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada.	\$198.00
D7440	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm.	\$246.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 2

		Gasto máximo cubierto
D7441	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm.	\$180.00
D7450	Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm.	\$182.00
D7451	Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm.	\$233.00
D7460	Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm.	\$182.00
D7461	Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm.	\$233.00
D7465	Destrucción de lesión/es por método físico o químico, según informe.	\$55.00
D7471	Remoción de exóstosis lateral (maxilar o mandibular).	\$162.00
D7472	Remoción del torus palatino.	\$162.00
D7473	Remoción del torus mandibular.	\$162.00
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea.	\$264.00
D7490	Resección radical de la maxila o de la mandíbula.	\$246.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso -tejido blando intraoral.	\$81.00
D7520	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extraoral.	\$94.00
D7530	Remoción de un cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo.	\$75.00
D7540	Remoción cuerpos extraños que generan una reacción, sistema musculoesquelético.	\$205.00
D7550	Osteotomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso desvitalizado.	\$205.00
D7560	Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos dentales o cuerpos extraños.	\$270.00
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes hasta 5 cm.	\$36.00
D7911	Sutura complicada - hasta 5 cm.	\$41.00
D7912	Sutura complicada - mayor a 5 cm.	\$59.00
D7960	Frenulectomía - conocido también como frenectomía o frenotomía - procedimiento independiente que no acompañe a otro procedimiento.	\$195.00
D7963	Frenuloplastia.	\$244.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico - por arco.	\$150.00
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa.	\$239.00
D7980	Sialolitotomía.	\$225.00
D7983	Cierre de fístula salival.	\$72.00
REMOCIÓN DE TEJIDO ÓSEO: D7471, D7472, D7473		
	La cobertura está limitada a 5 de cualquiera de estos procedimientos por 1 periodo de beneficios de por vida.	
BIOPSIA DE TEJIDO BUCAL		
D7285	Biopsia por incisión de tejido bucal - duro (hueso, diente).	\$244.00
D7286	Biopsia por incisión de tejido bucal – blando.	\$131.00
D7287	Toma de una muestra citológica exfoliativa.	\$66.00
D7288	Biopsia con cepillo - toma de una muestra transepitelial.	\$66.00
TRATAMIENTO PALIATIVO		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para dolores dentales - procedimiento menor.	\$45.00
TRATAMIENTO PALIATIVO: D9110		
	No se encuentra cubierto si se lleva a cabo junto con otros procedimientos, excepto las imágenes radiográficas para diagnóstico.	
CONSULTA/VISITA/SERVICIOS PROFESIONALES		
D9310	Consultas - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico diferente al dentista o médico que lo solicita.	\$46.00
D9430	Visita al consultorio para observación (durante las horas normales de atención) - no se brindan otros servicios.	\$32.00
D9440	Visita al consultorio - después de las horas normales de atención.	\$56.00
D9930	Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgico) - circunstancias poco comunes, según informe.	\$34.00
CONSULTAS: D9310		
	La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos por proveedor.	

PROCEDIMIENTOS TIPO 2

Gasto máximo
cubierto

VISITA AL CONSULTORIO: D9430, D9440

- El procedimiento D9430 únicamente se permite para lesiones accidentales. El procedimiento D9440 estará permitido con base a los servicios o las visitas realizados, lo que sea mayor.

AJUSTE OCLUSAL

D9951	Ajuste oclusal - limitado.	\$43.00
D9952	Ajuste oclusal - completo.	\$217.00

AJUSTE OCLUSAL: D9951, D9952

- Se considera la cobertura únicamente cuando se realiza junto con procedimientos periodontales para el tratamiento de una enfermedad periodontal.

VARIOS

D0486	Adquisición por laboratorio de una muestra citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión de un informe por escrito.	\$38.00
D2951	Retención con perno - por diente, además de la restauración.	\$21.00
D9911	Aplicación de resina para desensibilizar superficies de raíz y/o cervicales, por diente.	\$66.00

DESENSIBILIZACIÓN: D9911

- La cobertura está limitada a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 6 meses.
- D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394, D2990 also contribute(s) to this limitation.
- Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.
- La cobertura está limitada a la colocación necesaria como resultado de caries o reemplazo debido a restauraciones inservibles existentes.

PROCEDIMIENTOS TIPO 3

Plan 1

PERIODO DE BENEFICIOS - Año calendario

Para limitaciones adicionales - Vea limitaciones

		Gasto máximo
RESTAURACIONES POR INCRUSTACIÓN (INLAY)		cubierto
D2510	Incrustación - metálica - una superficie.	\$171.00
D2520	Incrustación - metálica - dos superficies.	\$203.00
D2530	Incrustación - metálica - tres o más superficies.	\$219.00
D2610	Incrustación - porcelana/cerámica - una superficie.	\$188.00
D2620	Incrustación - porcelana/cerámica - dos superficies.	\$205.00
D2630	Incrustación - porcelana/cerámica - tres o más superficies.	\$224.00
D2650	Incrustación - composite a base resinas - una superficie.	\$196.00
D2651	Incrustación - composite a base resinas - dos superficies.	\$193.00
D2652	Incrustación - composite a base resinas - tres o más superficies.	\$200.00
INLAY: D2510, D2520, D2530, D2610, D2620, D2630, D2650, D2651, D2652		
Las incrustaciones estarán consideradas como un beneficio alternativo a una restauración de amalgamas/resinas únicamente si son resultado de caries o lesión traumática.		
RESTAURACIONES POR SOBREINCRUSTACIÓN (ONLAY)		
D2542	Sobreincrustación - metálica - dos superficies.	\$221.00
D2543	Sobreincrustación - metálica - tres superficies.	\$247.00
D2544	Sobreincrustación - metálica - cuatro o más superficies.	\$257.00
D2642	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - dos superficies.	\$221.00
D2643	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - tres superficies.	\$248.00
D2644	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies.	\$255.00
D2662	Sobreincrustación – composite a base de resinas - composite a base resinas - dos superficies.	\$208.00
D2663	Sobreincrustación – composite a base resinas - tres superficies.	\$214.00
D2664	Sobreincrustación – composite a base de resinas - cuatro o más superficies.	\$227.00
SOBREINCRUSTACIÓN (ONLAY): D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644, D2662, D2663, D2664		
- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses. - D2510, D2520, D2530, D2610, D2620, D2630, D2650, D2651, D2652, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794, D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6780, D6781, D6782, D6783, D6790, D6791, D6792, D6794 también contribuye(n) a esta limitación. - Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales. - Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares. - La cobertura está limitada a la colocación necesaria como resultado de caries (degeneración dental) o de una lesión traumática. - No se considerarán beneficios si se han llevado a cabo los procedimientos D2390, D2929, D2930, D2931, D2932, D2933 o D2934 dentro de 12 meses.		
RESTAURACIONES INDIVIDUALES DE CORONAS		
D2710	Corona – compuesto a base de resina (indirecta).	\$97.00
D2712	Corona – ¾ de composite a base de resinas (indirecta).	\$240.00
D2720	Corona - resina con metal altamente noble.	\$247.00
D2721	Corona – resina con metal predominantemente de baja ley.	\$188.00
D2722	Corona - resina con metal noble.	\$231.00
D2740	Corona - sustrato de porcelana/cerámica.	\$267.00
D2750	Corona - porcelana fundida en metal altamente noble.	\$259.00
D2751	Corona - porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley.	\$222.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 3

		Gasto máximo cubierto
D2752	Corona - porcelana fundida en metal noble.	\$238.00
D2780	Corona – ¾ por colado en metal altamente noble.	\$247.00
D2781	Corona – ¾ por colado en metal predominantemente de baja ley.	\$214.00
D2782	Corona – ¾ por colado en metal noble.	\$224.00
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica.	\$267.00
D2790	Corona - total por colado en metal altamente noble.	\$247.00
D2791	Corona - total por colado en metal predominantemente de baja ley.	\$214.00
D2792	Corona - total por colado en metal noble.	\$224.00
D2794	Corona - titanio.	\$247.00
CORONA: D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794		
- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses. - D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6780, D6781, D6782, D6783, D6790, D6791, D6792, D6794 también contribuye(n) a esta limitación. - Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales. - Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares. - Los procedimientos que contengan titanio o metal altamente noble se considerarán conforme a la asignación del metal noble. - La cobertura está limitada a la colocación necesaria como resultado de caries (degeneración dental) o de una lesión traumática. - No se considerarán beneficios si se han llevado a cabo los procedimientos D2390, D2929, D2930, D2931, D2932, D2933 o D2934 dentro de 12 meses.		
REFUERZO DEL MUÑÓN		
D2950	Refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan.	\$54.00
REFUERZO DEL MUÑÓN: D2950		
Se recomienda un presupuesto previo al tratamiento para D2950. Nuestros consultores dentales revisan dicha evaluación y se pagan beneficios cuando la información de diagnóstico indica que hay una pérdida significativa de la estructura del diente.		
PERNO Y MUÑÓN (CORE)		
D2952	Perno y muñón (core) además de la corona, fabricados indirectamente.	\$85.00
D2954	Perno y muñón (core) prefabricados además de la corona.	\$71.00
REPARACIÓN DE CORONA FIJA Y PRÓTESIS PARCIAL		
D2980	Reparación de corona necesaria por fracaso del material de restauración.	\$43.00
D2981	Reparación de incrustación necesaria por fracaso del material de restauración.	\$43.00
D2982	Reparación de sobreincrustación necesaria por fracaso del material de restauración.	\$43.00
D2983	Reparación de carilla necesaria por fracaso del material de restauración.	\$43.00
D6980	Reparación de prótesis parcial fija necesaria debido a fracaso del material de restauración.	\$48.00
D9120	Sección de una prótesis parcial fija.	\$48.00
ALARGAMIENTO DE CORONA		
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro.	\$153.00
PROSTODONCIA - FIJAS/REMOVIBLES (PRÓTESIS)		
D5110	Prótesis total - superior.	\$276.00
D5120	Prótesis total - inferior.	\$268.00
D5130	Prótesis inmediata - superior.	\$299.00
D5140	Prótesis inmediata - inferior.	\$289.00
D5211	Prótesis parcial superior - base de resina (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales).	\$198.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 3

		Gasto máximo cubierto
D5212	Prótesis parcial inferior – base de resina (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales).	\$230.00
D5213	Prótesis parcial superior – esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis (incluyendo cualquier retenedor, descanso y dientes convencionales).	\$320.00
D5214	Prótesis parcial inferior - esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis (incluyendo retenedores, descansos y dientes convencionales).	\$320.00
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales).	\$320.00
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales).	\$320.00
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata: colada en estructura de metal con base de resina para piezas dentarias (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales).	\$320.00
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata: colada en estructura de metal con bases de resina para piezas dentarias (incluye ganchos, soportes y dientes convencionales).	\$320.00
D5225	Prótesis parcial superior – base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes).	\$198.00
D5226	Prótesis parcial inferior - base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes).	\$230.00
D5281	Prótesis parcial removible unilateral - una pieza de metal colado (incluyendo retenedores y dientes).	\$171.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos de un esqueleto de metal colado (superior).	\$198.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos de un esqueleto de metal colado (inferior).	\$230.00
D5810	Prótesis total provisional (superior).	\$122.00
D5811	Prótesis total provisional (inferior).	\$129.00
D5820	Prótesis parcial provisional (superior).	\$107.00
D5821	Prótesis parcial provisional (inferior).	\$113.00
D5863	Sobredentadura – completa del maxilar superior.	\$113.00
D5864	Sobredentadura – parcial del maxilar superior.	\$113.00
D5865	Sobredentadura – completa del maxilar inferior.	\$113.00
D5866	Sobredentadura – parcial del maxilar inferior.	\$113.00
D6110	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – maxilar.	\$113.00
D6111	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – mandibular.	\$113.00
D6112	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – maxilar.	\$113.00
D6113	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – mandibular.	\$113.00
D6114	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – maxilar.	\$113.00
D6115	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – mandibular.	\$113.00
D6116	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo - maxilar.	\$113.00
D6117	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – maxilar.	\$113.00

PRÓTESIS COMPLETA D5110, D5120, D5130, D5140, D5863, D5865, D6110, D6111, D6114, D6115

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Las asignaciones incluyen los ajustes dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de colocación. Los procedimientos D5863, D5865, D6110, D6111, D6114 y D6115 están considerados como beneficio alternativo para los procedimientos D5110/D5120.

PRÓTESIS PARCIAL: D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5281, D5670, D5671, D5864, D5866, D6112, D6113, D6116, D6117

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Las asignaciones incluyen los ajustes dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de colocación. Los procedimientos D5864, D5866, D6112, D6113, D6116 y D6117 están considerados como beneficio alternativo para los procedimientos D5213/D5214.

AJUSTES DE PRÓTESIS

D5410	Ajuste de prótesis total superior.	\$15.00
D5411	Ajuste de prótesis total inferior.	\$15.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 3

	Gasto máximo cubierto
D5421 Ajuste de prótesis parcial superior.	\$16.00
D5422 Ajuste de prótesis parcial inferior.	\$15.00
AJUSTES DE PRÓTESIS: D5410, D5411, D5421, D5422	
La cobertura está limitada a las fechas de servicio de más de 6 meses después de la colocación.	
ADICIÓN DE UN DIENTE/SUJETADOR A UNA PRÓTESIS PARCIAL EXISTENTE	
D5650 Adición de un diente a una prótesis parcial existente.	\$36.00
D5660 Agregado de gancho a dentadura parcial existente, por diente.	\$41.00
REBASADO DE PRÓTESIS	
D5710 Rebasado de una prótesis total superior.	\$100.00
D5711 Rebasado de una prótesis total inferior.	\$106.00
D5720 Rebasado de una prótesis parcial superior.	\$96.00
D5721 Rebasado de una prótesis parcial inferior.	\$101.00
ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO	
D5850 Acondicionamiento de tejido, maxilar.	\$28.00
D5851 Acondicionamiento de tejido, mandibular.	\$30.00
PROSTODONCIA - FIJA	
D6058 Corona de porcelana/cerámica apoyada por un pilar.	\$230.00
D6059 Corona de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyada por un pilar.	\$251.00
D6060 Corona de porcelana fundida en metal (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar.	\$251.00
D6061 Corona de porcelana fundida en metal (noble) apoyada por un pilar.	\$230.00
D6062 Corona de metal fundido (metal altamente noble) apoyada por un pilar.	\$251.00
D6063 Corona de metal fundido (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar.	\$251.00
D6064 Corona de metal fundido (metal noble) apoyada por un pilar.	\$272.00
D6065 Corona implantosoportada de porcelana/ cerámica.	\$230.00
D6066 Corona implantosoportada de porcelana fundida en metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble).	\$251.00
D6067 Corona implantosoportada de metal (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble).	\$251.00
D6068 Retenedor para PPF de porcelana/ cerámica apoyado por un pilar.	\$230.00
D6069 Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyado por un pilar.	\$251.00
D6070 Retenedor para PPF de porcelana fundida a metal (predominantemente metal de baja ley) apoyado por un pilar.	\$251.00
D6071 Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (noble) apoyado por un pilar.	\$230.00
D6072 Retenedor para PPF de metal colado (metal altamente noble) apoyado por un pilar.	\$251.00
D6073 Retenedor para PPF de metal colado (predominantemente de metal de baja ley) apoyado por un pilar.	\$251.00
D6074 Retenedor para PPF de metal colado (metal noble) apoyado por un pilar.	\$272.00
D6075 Retenedor implantosoportado para PPF de cerámica.	\$230.00
D6076 Retenedor implantosoportado para PPF de porcelana fundida en metal (titanio, aleación de titanio, o metal altamente noble).	\$251.00
D6077 Retenedor implantosoportado para PPF de metal colado (titanio, aleación de titanio, o metal altamente noble).	\$251.00
D6094 Corona apoyada por un pilar - (titanio).	\$251.00
D6194 Corona de retención para PPF – (titanio) apoyada por un pilar.	\$251.00
D6205 Póntico - composite indirecto a base de resinas.	\$207.00
D6210 Póntico - de metal altamente noble colado.	\$251.00
D6211 Póntico - de metal colado predominantemente de baja ley.	\$251.00
D6212 Póntico - de metal noble colado.	\$272.00
D6214 Póntico - titanio.	\$251.00
D6240 Póntico - porcelana fundida en metal altamente noble.	\$251.00
D6241 Póntico - porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley.	\$251.00

PROCEDIMIENTOS TIPO 3

		Gasto máximo cubierto
D6242	Póntico - porcelana fundida en metal noble.	\$230.00
D6245	Póntico - porcelana/cerámica.	\$230.00
D6250	Póntico - resina en metal altamente noble.	\$251.00
D6251	Póntico - resina en metal predominantemente de baja ley.	\$230.00
D6252	Póntico - resina con metal noble.	\$272.00
D6545	Retenedor – de metal colado para prótesis fijas de resina adherida.	\$84.00
D6548	Retenedor – de porcelana/ cerámica para prótesis fija de resina adherida.	\$84.00
D6549	Retenedor de resina - para prótesis fijas adheridas con resina.	\$84.00
D6600	Incrustación - porcelana/cerámica, dos superficies.	\$205.00
D6601	Incrustación y retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies.	\$225.00
D6602	Incrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, dos superficies.	\$184.00
D6603	Incrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$203.00
D6604	Incrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, dos superficies.	\$159.00
D6605	Incrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, tres o más superficies.	\$175.00
D6606	Incrustación y retenedor: colados en metal noble, dos superficies.	\$167.00
D6607	Incrustación y retenedor: colados en metal noble, tres o más superficies.	\$184.00
D6608	Sobreincrustación y retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies.	\$221.00
D6609	Sobreincrustación y retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies.	\$244.00
D6610	Sobreincrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, dos superficies.	\$203.00
D6611	Sobreincrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, tres o más superficies.	\$223.00
D6612	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, dos superficies.	\$175.00
D6613	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, tres o más superficies.	\$193.00
D6614	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal noble, dos superficies	\$184.00
D6615	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal noble, tres o más superficies.	\$203.00
D6624	Incrustación y retenedor: titanio.	\$203.00
D6634	Sobreincrustación y retenedor: titanio.	\$223.00
D6710	Corona y retenedor: compuesto a base de resina indirecta.	\$207.00
D6720	Corona y retenedor: resina con alto contenido de metal noble.	\$251.00
D6721	Corona y retenedor: resina con metal predominantemente básico.	\$130.00
D6722	Corona y retenedor: resina con metal noble.	\$209.00
D6740	Corona y retenedor: porcelana/cerámica.	\$230.00
D6750	Corona y retenedor: porcelana fundida sobre metal predominantemente noble.	\$272.00
D6751	Corona y retenedor: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico.	\$251.00
D6752	Corona y retenedor: porcelana fundida sobre metal noble.	\$230.00
D6780	Corona y retenedor: parcial (3/4) colados con alto contenido de metal noble.	\$272.00
D6781	Corona y retenedor: 3/4por colado en metal predominantemente de baja ley.	\$251.00
D6782	Corona y retenedor: parcial (3/4) colados en metal noble.	\$230.00
D6783	Corona y retenedor: parcial (3/4) de porcelana/cerámica.	\$230.00
D6790	Corona y retenedor: completa con alto contenido de metal noble.	\$251.00
D6791	Corona y retenedor: completa con predominio de metal básico.	\$251.00
D6792	Corona y retenedor: completa de metal noble.	\$230.00
D6794	Corona y retenedor: titanio.	\$251.00
D6940	Rompefuerzas.	\$70.00
CORONA FIJA PARCIAL: D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6780, D6781, D6782, D6783, D6790, D6791, D6792, D6794		

PROCEDIMIENTOS TIPO 3

Gasto máximo
cubierto

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794, D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6624, D6634 también contribuye(n) a esta limitación.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.
- Los procedimientos que contengan titanio o metal altamente noble se considerarán conforme a la asignación del metal noble.
- No se considerarán beneficios si se han llevado a cabo los procedimientos D2390, D2929, D2930, D2931, D2932, D2933 o D2934 dentro de 12 meses.

INCRUSTACIÓN (INLAY) FIJA PARCIAL: D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6624

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6634, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6780, D6781, D6782, D6783, D6790, D6791, D6792, D6794 también contribuye(n) a esta limitación.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.
- Los procedimientos que contengan titanio o metal altamente noble se considerarán conforme a la asignación del metal noble.
- No se considerarán beneficios si se han llevado a cabo los procedimientos D2390, D2929, D2930, D2931, D2932, D2933 o D2934 dentro de 12 meses.

SOBREINCRUSTACIÓN (ONLAY) FIJA PARCIAL: D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614, D6615, D6634

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- D2510, D2520, D2530, D2542, D2543, D2544, D2610, D2620, D2630, D2642, D2643, D2644, D2650, D2651, D2652, D2662, D2663, D2664, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794, D6600, D6601, D6602, D6603, D6604, D6605, D6606, D6607, D6624, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6780, D6781, D6782, D6783, D6790, D6791, D6792, D6794 también contribuye(n) a esta limitación.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.
- Los procedimientos que contengan titanio o metal altamente noble se considerarán conforme a la asignación del metal noble.
- No se considerarán beneficios si se han llevado a cabo los procedimientos D2390, D2929, D2930, D2931, D2932, D2933 o D2934 dentro de 12 meses.

PÓNTICO FIJO PARCIAL: D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245, D6250, D6251, D6252

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5281, D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6094, D6194 also contribute(s) to this limitation.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.

PROCEDIMIENTOS TIPO 3

Gasto máximo
cubierto

- Los procedimientos que contengan titanio o metal altamente noble se considerarán conforme a la asignación del metal noble.

CORONAS IMPLANTOSOPORTADAS: D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6094

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5281, D6194, D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245, D6250, D6251, D6252 also contribute(s) to this limitation.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.
- Los procedimientos que contengan titanio o metal altamente noble se considerarán conforme a la asignación del metal noble.

RETENEDOR IMPLANTOSOPORTADO: D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6194

- El reemplazo se limita a 1 de cualquiera de estos procedimientos cada 120 meses.
- D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5281, D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6094, D6205, D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6245, D6250, D6251, D6252 also contribute(s) to this limitation.
- Se prescindirá de la frecuencia únicamente para las lesiones accidentales.
- Los beneficios de porcelana y resina únicamente se consideran para los dientes anteriores y premolares.
- Los procedimientos que contengan titanio o metal altamente noble se considerarán conforme a la asignación del metal noble.

EXTRACCIONES QUIRÚRGICAS

D7210	Remoción quirúrgica de dientes erupcionados que requieren el levantamiento de un colgajo mucoperióstico y la remoción de hueso y/o la sección de un diente.	\$54.00
D7220	Remoción de diente impactado - tejido blando.	\$67.00
D7230	Remoción de diente impactado - parcialmente en hueso.	\$90.00
D7240	Remoción de diente impactado - totalmente en hueso.	\$105.00
D7241	Remoción de diente impactado - totalmente en hueso, con complicaciones quirúrgicas poco comunes.	\$119.00
D7250	Remoción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte).	\$56.00
D7251	Coronectomía - remoción intencional parcial del diente.	\$56.00

TERAPIA DE DISPOSITIVOS

D8210	Terapia de dispositivos extraíbles.	\$105.00
D8220	Terapia de dispositivos fijos.	\$105.00

TERAPIA DE DISPOSITIVOS: D8210, D8220

- La cobertura está limitada para la corrección de condiciones por succión del pulgar.

ANESTESIA-GENERAL/INTRAVENOSA

D9219	Evaluación para sedación profunda o anestesia general.	\$105.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada 15 minutos adicionales.	\$105.00
D9243	Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa, cada 15 minutos adicionales.	\$105.00

ANESTESIA GENERAL: D9223, D9243

- La cobertura únicamente se encuentra disponible para un procedimiento de corte. Se exige la verificación del permiso para anestesiarse del dentista y una copia del informe de la anestesia. Se considerarán un máximo de cuatro (D9223 o D9243).