MetLife

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Beneficios suministrados por SafeGuard Health Plans, Inc., una compañía de MetLife

Plan dental de referencia directa* MET85

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 sus dependientes para cada servicio cubierto. Sus costos y los de sus dependientes 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. Le informaremos a usted y sus dependientes el nombre, la dirección y el número de teléfono del Dentista de atención especializada en el área de servicio para usted o sus dependientes.

Citas perdidas: Si usted o sus dependientes necesitan cancelar o reprogramar una cita, notifique al consultorio dental general seleccionado con tanta anticipación como sea posible. Esto permitirá que el Consultorio dental general seleccionado incluya a otra persona que necesita atención. Si usted o sus dependientes no hacen esto de manera oportuna, es posible que le cobremos a usted o sus dependientes una tarifa por cita perdida.

	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
•	Visita al consultorio: por visita (incluyendo todas las tarifas de esterilización o control de infecciones)	$5

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
	Tratamiento de diagnóstico	
D0120	Evaluación periódica de la boca, paciente establecido. Evaluación hecha a un paciente registrado para determinar cualquier cambio en su salud general y dental desde una evaluación periódica o integral anterior. Incluye una evaluación de cáncer de boca y examen periodontal cuando se indique, y es posible que exija la interpretación de información obtenida mediante otros procedimientos de diagnóstico. Explicación de los hallazgos al paciente. Reportes independientes de otros procedimientos de diagnóstico.	$0
D0140	Evaluación bucal limitada, problema focalizado	$0
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años de edad y asesoría con el principal encargado del cuidado	$0
D0150	Evaluación bucal integral, paciente nuevo o establecido	$0
D0160	Evaluación bucal detallada y extensa, problema focalizado, según informe	$0
D0170	Reevaluación, limitada, problema focalizado (paciente establecido; visita no postoperatoria)	$0
D0171	Reevaluación, visita postoperatoria al consultorio	$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D0180	Evaluación periodontal integral, paciente nuevo o establecido. Este procedimiento se indica a pacientes que muestran señales o síntomas de enfermedades periodontales y a pacientes con factores de riesgo, como fumadores o diabéticos. Incluye la evaluación de condiciones periodontales, sondeo y diagramación, una evaluación de cáncer de boca, la evaluación y el registro de la historia médica y dental del paciente, y una evaluación médica general. Es posible que incluya la evaluación y el registro de caries dentales, dientes faltantes o no erupcionados, restauraciones y relaciones oclusales.	$0
D0190	Exámenes de detección de un paciente	$0
D0191	Evaluación de un paciente	$0
	Imágenes de diagnóstico (rayos X)	
D0210	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas	$0
D0220	Intraoral, periapical primera imagen radiográfica	$0
D0230	Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional	$0
D0240	Intraoral, imagen radiográfica oclusal	$0
D0250	Imagen radiográfica de proyección 2D extraoral creada con una fuente de radiación fija y un detector	$0
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	$0
D0270	Aletas de mordida, imagen radiográfica individual	$0
D0272	Aletas de mordida, dos imágenes radiográficas	$0
D0273	Aletas de mordida, tres imágenes radiográficas	$0
D0274	Aletas de mordida, cuatro imágenes radiográficas	$0
D0277	Aletas de mordida vertical, 7 a 8 imágenes radiográficas	$0
D0330	Imagen radiográfica panorámica	$0
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D: adquisición, medición y análisis	$0
D0350	Imagen fotográfica facial/bucal en 2D obtenida intraoral o extraoralmente	$0
D0364	Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión limitado, menos de toda la mandíbula	$180
D0365	Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión de un arco dental completo, mandibular	$180
D0366	Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión de un arco dental completo, maxilar con o sin cráneo	$180
D0367	Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión de ambas quijadas, con o sin cráneo	$180
D0380	Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión limitado, menos de toda la mandíbula	$180
D0381	Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo, mandíbula	$180
D0382	Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo, maxilar con o sin cráneo	$180
D0383	Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de ambas quijadas, con o sin cráneo	$180
D0391	Interpretación de imágenes de diagnóstico por parte de un profesional no asociado con la captura de la imagen, incluyendo el informe	$0
	Pruebas y exámenes	
D0415	Recolección de muestras de microorganismos para cultivo y sensibilidad	$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	$0
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria que ayuda en la detección de anomalías de la mucosa incluyendo lesiones premalignas y malignas, excluye procedimientos de citología o biopsia	$50
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	$0
D0470	Molde de diagnóstico	$0
D0472	Adquisición de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de un informe escrito	$0
D0473	Adquisición de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de un informe escrito	$0
D0474	Adquisición de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluyendo la evaluación de los bordes quirúrgicos para verificar la presencia de enfermedad, preparación y transmisión de un informe escrito	$0
D0480	Adquisición de frote citológico exfoliativo, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	$0
D0486	Adquisición en laboratorio de muestra citológica transepitelial, examen macroscópico, preparación y transmisión de un informe escrito	$0
D0502	Otros procedimientos de patología bucal, por medio de informe	$0
	Servicios preventivos	
D1110	Eliminación de placa, cálculos y manchas de las estructuras de los dientes y de los implantes en la dentición permanente y transicional. Se hace para controlar factores locales que causan irritación.	$0
•	Profilaxis adicional para adultos (máximo de 2 adicionales por año)	$20
D1120	Eliminación de placa, cálculos y manchas de las estructuras de los dientes y de los implantes en la dentición primaria y transicional. Se hace para controlar factores locales que causan irritación.	$0
•	Profilaxis adicional para niños (máximo de 2 adicionales por año)	$15
D1206	Aplicación tópica de esmalte con flúor	$0
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluyendo el esmalte	$0
D1310	Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	$0
D1320	Asesoría acerca del uso de tabaco para el control y prevención de enfermedades bucales	$0
D1330	Instrucciones de higiene bucal	$0
•	Incluye instrucción de higiene periodontal	
D1351	Sellador, por diente	$0
D1352	Restauración preventiva con resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto, dientes permanentes	$0
D1353	Reparación de sellante, por diente	$0
D1354	Aplicación de medicamentos para detener la formación de caries, por diente. Tratamiento conservador de una lesión cariosa activa sin síntomas mediante la aplicación tópica de un medicamento para detener o inhibir la formación de caries sin extracción mecánica de estructuras dentales sanas.	$0
D1355	Aplicación preventiva de medicamentos contra las caries, por diente	$0
D1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral	$0
D1516	Separador, fijo, bilateral, maxilar	$0
D1517	Separador, fijo, bilateral, mandibular	$0
D1520	Mantenedor de espacio extraíble unilateral, por cuadrante	$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D1526	Separador, extraíble, bilateral, maxilar	$0
D1527	Separador, extraíble, bilateral, mandibular	$0
D1551	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio bilateral superior	$5
D1552	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio bilateral inferior	$5
D1553	Recementación o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	$5
D1556	Extracción de mantenedor de espacio fijo unilateral, por cuadrante	$5
D1557	Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral superior	$5
D1558	Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral inferior	$5
D1575	Mantenedor de espacio tipo zapata distal fijo unilateral, por cuadrante Fabricación y entrega de aparato fijo de extensión subgingival y distal para guiar la erupción del primer molar permanente. No incluye el seguimiento continuo ni los ajustes o el reemplazo del aparato después de la erupción de la pieza	$0
	Tratamiento restaurativo	
D2140	Amalgama, una superficie, temporales o permanentes	$0
D2150	Amalgama, dos superficies, temporales o permanentes	$0
D2160	Amalgama, tres superficies, temporales o permanentes	$0
D2161	Amalgama, cuatro superficies o más, temporales o permanentes	$0
D2330	Composite a base de resina, una superficie, anterior	$0
D2331	Composite a base de resina, dos superficies, anterior	$0
D2332	Composite a base de resina, tres superficies, anterior	$0
D2335	Composite a base de resina, cuatro o más superficies o que involucre el ángulo incisal (anterior)	$0
D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	$20
D2391	Composite a base de resina, una superficie, posterior	$25
D2392	Composite a base de resina, dos superficies, posterior	$30
D2393	Composite a base de resina, tres superficies, posterior	$35
D2394	Composite a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	$40
	Coronas	
•	Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana.	
•	Los casos que incluyen siete (7) o más coronas, implantes o unidades de puente fijo en el mismo plan de tratamiento requieren un copago de $125 adicional por unidad además del copago especificado para cada corona, implante o unidad de puente.	
D2510	Incrustación, metálica, una superficie	$85
D2520	Incrustación, metálica, dos superficies	$85
D2530	Incrustación, metálica, tres o más superficies	$85
D2542	Sobreincrustación, metálica, dos superficies	$85
D2543	Sobreincrustación, metálica, tres superficies	$85
D2544	Sobreincrustación, metálica, cuatro o más superficies	$85
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica, una superficie	$85
D2620	Incrustación, porcelana/cerámica, dos superficies	$85

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica, tres o más superficies	$85
D2642	Incrustación, porcelana/cerámica, dos superficies	$85
D2643	Sobreincrustación, porcelana/cerámica, tres superficies	$85
D2644	Sobreincrustación, porcelana, cerámica, cuatro o más superficies	$85
D2650	Incrustación, composite a base de resina, una superficie	$85
D2651	Incrustación, composite a base de resina, dos superficies	$85
D2652	Incrustación, composite a base de resina, tres o más superficies	$85
D2662	Sobreincrustación, composite a base de resina, dos superficies	$85
D2663	Sobreincrustación, composite a base de resina, tres superficies	$85
D2664	Sobreincrustación, composite a base de resina, cuatro o más superficies	$85
D2710	Corona, composite a base de resina (indirecto)	$85
D2712	Corona: ¾ empaste compuesto de resina (indirecta)	$85
D2720	Corona, resina con metal muy noble	$85
D2721	Corona, resina con base predominantemente de metal	$85
D2722	Corona, resina con metal noble	$85
D2740	Corona: porcelana/cerámica	$225
D2750	Corona, porcelana fundida en metal muy noble	$85
D2751	Corona, porcelana fundida con base predominantemente de metal	$85
D2752	Corona, porcelana fundida en metal noble	$85
D2753	Corona, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$85
D2780	Corona, ¾ molde de metal muy noble	$85
D2781	Corona, ¾ molde de base predominantemente de metal	$85
D2782	Corona, ¾ molde de metal noble	$85
D2783	Corona, ¾ porcelana/cerámica	$85
D2790	Corona, molde completo de metal muy noble	$85
D2791	Corona, molde completo de base predominantemente de metal	$85
D2792	Corona, molde de metal noble completo	$85
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	$85
D2799	Corona provisoria, tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. Tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. No debe usarse como una corona temporal para una restauración de prótesis habitual.	$25
D2910	Recementación o readhesión de incrustación, sobreincrustación, carilla o restauración parcial de la superficie	$0
D2915	Recementación o readhesión indirectamente fabricada o pernos y muñones prefabricados	$0
D2920	Recementar o volver a pegar la corona	$0
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	$113
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada, dientes temporales	$0
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes	$0
D2932	Corona prefabricada de resina	$0
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con cubierta de resina	$0
D2940	Restauración de protección	$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D2941	Restauración terapéutica interina, dentición temporal	$0
D2950	Reestructuración del muñón, incluyendo cualquier pin que se requiera	$15
D2951	Retención con perno, por diente además de la restauración	$10
D2952	Perno y muñón además de la corona, fabricado indirectamente	$25
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, el mismo diente	$25
D2954	Perno y muñón prefabricado además de la corona	$25
D2955	Después de la extracción	$10
D2957	Cada perno prefabricado adicional, el mismo diente	$25
D2960	Carilla labial (laminado de resina), consultorio	$250
D2961	Carilla labial (laminado de resina), laboratorio	$300
D2962	Carilla labial (laminado de porcelana), laboratorio	$350
D2971	Otros procedimientos para personalizar una corona de manera que quepa debajo de una dentadura postiza parcial existente. Este procedimiento se suma al procedimiento de separación de una corona documentado con su propio código.	$50
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	$0
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	$0
D2982	Reparación de sobreincrustación necesaria por falla del material de restauración	$0
D2983	Reparación de carilla requerida por falla del material restaurativo	$0
D2990	Infiltración de resina de lesiones de la superficie lisa incipiente	$0
	Endodoncia	
•	Todos los procedimientos excluyen la restauración final.	
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (excluyendo la restauración final)	$0
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (excluyendo la restauración final)	$0
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final), extracción de la pulpa coronal para la unión dentinocemental y aplicación del medicamento	$0
D3221	Desbridamiento de la pulpa, dientes temporales y permanentes	$20
D3222	Tratamiento de endodoncia, dientes premolares (no se incluye la restauración final)	$0
D3230	Terapia de endodoncia, dientes molares (no se incluye la restauración final)	$5
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) – posterior, dientes temporales (excluye restauración final)	$10
D3310	Terapia de endodoncia, dientes anteriores (excluye restauración final)	$40
D3320	Terapia de endodoncia, diente bicúspide (excluye restauración final)	$65
D3330	Terapia de endodoncia, dientes molares (excluye restauración final)	$95
D3331	Tratamiento de la obstrucción de canales; acceso no quirúrgico	$45
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; dientes inoperables, que no se pueden restaurar o fracturados	$40
D3333	Reparación de raíz interna de defectos de perforación	$45
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, anterior	$65
D3347	Nuevo tratamiento de terapia del conducto radicular previa, premolar	$90
D3348	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar	$160

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/reparación con calcio de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	$65
D3352	Apexificación/recalcificación; reemplazo de medicamento temporal	$65
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final (incluye terapia de canales completa, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	$65
D3355	Regeneración de la pulpa, visita inicial	$65
D3356	Apexificación/recalcificación; reemplazo de medicamento temporal	$32
D3357	Regeneración de la pulpa, conclusión del tratamiento	$65
D3410	Apicectomía, anterior	$90
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	$90
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	$90
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$60
D3428	Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular, por diente, un solo sitio	$135
D3429	Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular, cada diente contiguo adicional en el mismo sitio de la cirugía	$95
D3430	Relleno retrógrado, por raíz	$10
D3431	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración del tejido blando y óseo	$95
D3432	Regeneración de tejido guiado, barrera reabsorbible, por sitio	$215
D3450	Amputación de raíz, por raíz	$95
D3460	Implante endooseo endodóntico	$555
D3471	Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, anterior	$68
D3472	Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, premolar	$68
D3473	Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, molar	$68
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía ni reparación de la reabsorción de la raíz, anterior	$51
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía ni reparación de la reabsorción de la raíz, premolar	$51
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía ni reparación de la reabsorción de la raíz, molar	$51
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento del diente con barrera dental de goma	$0
D3920	Hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), no incluye terapia de conducto radicular	$90
D3921	Decoronación o sumergimiento de un diente erupcionado	$39
D3950	Preparación del conducto y ajuste de pivote o perno preformados	$15
	Periodoncia	
•	Diagramación periodontal para la planificación de tratamiento de la enfermedad periodontal como parte del diagnóstico general y tratamiento. Ningún cargo adicional aplicará a usted o sus dependientes o nosotros.	
D4210	Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$35
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$26
D4212	Gingivectomía o gingivoplastía para permitir el acceso para el procedimiento restaurativo, por diente	$8

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$100
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$78
D4245	Colgajo posicionado apicalmente	$115
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	$120
D4260	Cirugía ósea, (incluyendo la elevación de un colgajo con espesor total y cierre de colgajo), cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$160
D4261	Cirugía ósea, (incluyendo la elevación de un colgajo con espesor total y cierre de colgajo), uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante	$123
D4263	Injerto para reemplazo óseo: diente natural retenido, primer lugar en el cuadrante	$135
D4264	Injerto para reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	$95
D4265	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración del tejido blando y óseo, por sitio. Es posible que los materiales biológicos se usen solos o con otros sustratos regenerativos, como membranas óseas o de barrera, según su formulación y la presentación del defecto periodontal. Este procedimiento no incluye acceso ni cierre quirúrgico, desbridamiento de la herida, contorneo óseo ni la colocación de materiales de injerto ni membranas de barrera. Es posible que se requieran otros procedimientos independientes en simultáneo con el D4265 y deben informarse con sus propios códigos exclusivos.	$95
D4266	Regeneración de tejido guiado, barrera reabsorbible, por sitio	$215
D4267	Regeneración de tejido guiado, barrera no reabsorbible, por sitio, (incluye extracción de membrana)	$255
D4268	Procedimiento restaurativo quirúrgico, por diente	$0
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando de pedículo	$85
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto	$75
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, único diente (cuando no se realiza en conjunto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$50
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluidos el centro para el receptor y material para el donante), primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto	$125
D4276	Tejido conectivo combinado e injerto de pedículo, por diente. Con frecuencia, la recesión gingival avanzada no puede corregirse con un solo procedimiento. Se necesitan procedimientos de injerto de tejido combinado para alcanzar el resultado deseado.	$75
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto	$120
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), cada diente contiguo adicional, implante o espacio edéntulo en el mismo sitio del injerto	$60
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo autógeno (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), cada diente contiguo adicional, implante o espacio edéntulo en el mismo sitio del injerto	$38

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo no autógeno (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), cada diente contiguo adicional, implante o espacio edéntulo en el mismo sitio del injerto	$63
D4322	Férula intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	$85
D4323	Férula extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	$85
D4341	Raspado periodontal y alisado de raíz, cuatro o más dientes por cuadrante	$15
D4342	Raspado periodontal y alisado de raíz, uno a tres dientes por cuadrante	$11
D4346	Eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival grave o moderada generalizada: boca completa después de evaluación bucal	$0
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación bucal integral y el diagnóstico en la siguiente consulta	$15
D4381	Colocación localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	$60
D4910	Mantenimiento periodontal	$15
D4920	Cambio no programado del vendaje (por alguien que no sea el médico tratante o su personal)	$0
•	Procedimientos de mantenimiento periodontal adicional (más de 2 por cada 12 meses)	$40
	Prostodoncia extraíble	
•	El servicio de prostodoncia extraíble y fija incluye hasta 3 ajustes en un plazo de 6 meses de la fecha de prestación del servicio.	
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	$100
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	$100
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	$100
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	$100
D5211	Prótesis dental parcial maxilar, base de resina (incluye materiales de retención, descanso y dientes)	$100
D5212	Prótesis dental parcial mandibular, base de resina (incluye materiales de retención, descanso y dientes)	$100
D5213	Prótesis dental parcial superior; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes)	$125
D5214	Prótesis dental parcial inferior; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes)	$125
D5221	Prótesis dental parcial superior inmediata; base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación	$100
D5222	Prótesis dental parcial inferior inmediata; base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación	$100
D5223	Prótesis dental parcial superior inmediata; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación	$125

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D5224	Prótesis dental parcial inferior inmediata; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación	$125
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar – base flexible (incluye cualquier retenedor, descanso y dientes)	$365
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular – base flexible (incluye cualquier retenedor, descanso y dientes)	$365
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes)	$100
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes)	$100
D5282	Prótesis dental parcial, unilateral, extraíble, una pieza de metal fundido (incluye retenedores y dientes), maxilar	$125
D5283	Prótesis dental parcial, unilateral, extraíble, una pieza de metal fundido (incluye retenedores y dientes), mandibular	$125
D5284	Prótesis dental parcial unilateral extraíble, base flexible de una pieza (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	$63
D5286	Prótesis dental parcial unilateral extraíble de resina, de una pieza (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	$63
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	$0
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	$0
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	$0
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	$0
D5511	Reparación de base de prótesis completa rota, mandibular	$10
D5512	Reparación de base de prótesis completa rota, maxilar	$10
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (cada diente)	$10
D5611	Reparación de base de prótesis parcial de resina, mandibular	$10
D5612	Reparación de base de prótesis parcial de resina, maxilar	$10
D5621	Reparación de marco parcial de molde, mandibular	$10
D5622	Reparación de marco parcial de molde, maxilar	$10
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de retención rotos, por diente	$10
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	$10
D5650	Agregar diente a dentadura postiza parcial existente	$10
D5660	Agregado de sujetadores a una dentadura postiza parcial existente, por diente	$10
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal fundido (maxilar)	$165
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal fundido (mandibular)	$165
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	$35
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	$35
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$35
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$35
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	$35

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D5730	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (consultorio)	$20
D5731	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (consultorio)	$20
D5740	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (consultorio)	$20
D5741	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio)	$20
D5750	Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (laboratorio)	$35
D5751	Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (laboratorio)	$35
D5760	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	$35
D5761	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	$35
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecto	$35
D5810	Dentadura postiza completa temporal (maxilar)	$100
D5811	Dentadura postiza completa temporal (mandibular)	$100
D5820	Dentadura postiza parcial temporal (maxilar)	$35
D5821	Dentadura postiza parcial temporal (mandibular)	$35
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	$10
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	$10
D5862	Accesorio de precisión, según el reporte. Cada par de componentes es un accesorio de precisión. Descripción del tipo de accesorio usado.	$160
D5876	Agregado de subestructura metálica a una prótesis dental completa de acrílico (por arco)	$25
	Servicios de implantes	
	Servicios prequirúrgicos	
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe	$130
	Servicios quirúrgicos	
D6010	Colocación quirúrgica de cuerpo del implante provisional para prótesis de transición: implante endosteal	$1,005
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisorio para prótesis de transición: implante endóstico	$770
D6013	Reemplazo quirúrgico de mini implante	$1,005
D6040	Colocación quirúrgica: implante intraóseo	$1,860
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóseo	$1,170
D6051	Colocación de pilar de implante provisorio. Un tapón de cicatrización no es un pilar provisorio.	$123
D6100	Extracción quirúrgica de cuerpo del implante	$240
D6101	Extirpación de un defecto del periimplante o defectos que rodean un solo implante y limpieza de la superficie de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	$24
D6102	Extirpación y contorno óseo de un defecto del periimplante o defectos que rodean un solo implante e incluye la limpieza de la superficie de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	$37
D6103	Injerto del hueso para reparar un defecto periférico del implante, no incluye inserción y cierre de colgajo	$100
D6104	Injerto de hueso en el momento de la colocación del implante	$100

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
	Prótesis con soporte de implante	
	• Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana.	
	• Los casos que incluyen siete (7) o más coronas, implantes o unidades de puente fijo en el mismo plan de tratamiento requieren un copago de $125 adicional por unidad además del copago especificado para cada corona, implante o unidad de puente.	
D6055	Barra de conexión, con soporte de implante o soporte de pilar	$345
D6056	Pilar prefabricado, incluye modificación y colocación	$245
D6057	Pilar fabricado a la medida, incluye la colocación	$335
D6058	Corona de cerámica/porcelana soportada por medio de pilar	$685
D6059	Corona de porcelana fundida con metal soportada por medio de pilar (metal altamente noble)	$660
D6060	Corona de porcelana fundida con metal soportada por medio de pilar (predominantemente con base de metal)	$640
D6061	Corona de porcelana fundida con metal soportada por medio de pilar (metal noble)	$645
D6062	Corona fundida con metal soportada por medio de pilar (metal altamente noble)	$655
D6063	Corona fundida con metal soportada por medio de pilar (predominantemente base de metal)	$640
D6064	Corona fundida con metal soportada por medio de pilar (metal noble)	$720
D6065	Corona de cerámica/porcelana soportada por medio de implante	$725
D6066	Corona sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones de alta nobleza. Restauración de una corona de metalcerámica retenida, apoyada y estabilizada por un implante	$700
D6067	Corona sobre implante, aleaciones de alta nobleza. Restauración de una corona de metal retenida, apoyada y estabilizada por un implante	$725
D6068	Retenedor para FDP de porcelana/cerámica soportado por medio de pilar	$680
D6069	Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal (metal alto noble) soportado por medio de pilar	$680
D6070	Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal (predominante con base de metal) soportado por medio de pilar	$595
D6071	Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble) soportado por medio de pilar	$635
D6072	Retenedor para FPD de metal fundido (metal alto noble) soportado por medio de pilar	$625
D6073	Retenedor para FPD de metal fundido (predominantemente con base de metal) soportado por medio de pilar	$445
D6074	Retenedor para FPD de metal fundido (metal noble) soportadopor medio de pilar	$640
D6075	Retenedor para FPD de cerámica soportado por medio de implante	$720
D6076	Retenedor para FPD sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones de alta nobleza. Retenedor de metalcerámica para prótesis dental parcial fija cuya retención, apoyo y estabilidad se logran con un implante	$700

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D6077	Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones de alta nobleza. Retenedor de metal para prótesis dental parcial fija cuya retención, apoyo y estabilidad se logran con un implante	$510
D6080	Procedimientos de implante cuando se retiran y se vuelven a insertar las prótesis, incluyendo la limpieza de la prótesis y los pilares	$55
D6081	Eliminación del sarro y residuos en la presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies de los implantes, sin inserción y cierre de colgajo	$12
D6082	Corona sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones con una base predominante	$640
D6083	Corona sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles	$645
D6084	Corona sobre implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$650
D6086	Corona sobre implante, aleaciones con una base predominante	$640
D6087	Corona sobre implante, aleaciones nobles	$720
D6088	Corona sobre implante, titanio y aleaciones de titanio	$650
D6090	Reparación de prótesis con soporte de implante, según informe	$190
D6091	Reemplazo de una pieza de un accesorio de semiprecisión o de precisión de una prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio	$170
D6092	Recementación o readhesión de corona con soporte de implante/pilar	$50
D6093	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija con soporte de implante/pilar	$70
D6094	Corona sobre pilar, titanio y aleaciones de titanio. Restauración de una corona retenida, apoyada y estabilizada por un pilar sobre un implante	$650
D6095	Reparación de pilar de implante, según informe	$140
D6096	Eliminación de tornillo roto de sujeción de implante	$24
D6097	Corona sobre pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$700
D6098	Retenedor sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones con una base predominante	$595
D6099	Retenedor para FPD sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles	$635
D6110	Dentadura postiza extraíble para el arco desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar	$995
D6111	Dentadura postiza extraíble para el arco desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar	$995
D6112	Dentadura postiza extraíble para el arco parcialmente desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar	$945
D6113	Dentadura postiza extraíble para el arco parcialmente desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar	$945
D6114	Dentadura postiza fija para el arco desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar	$2,380
D6115	Dentadura postiza fija para el arco desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar	$2,380
D6116	Dentadura postiza fija para el arco parcialmente desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar	$1,410
D6117	Dentadura postiza fija para el arco parcialmente desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar	$1,410

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D6120	Retenedor sobre implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$520
D6121	Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones con una base predominante	$445
D6122	Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones con una base predominante	$640
D6123	Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones nobles	$520
D6191	Pilar de semiprecisión, colocación	$252
D6192	Aditamento de semiprecisión, colocación	$189
D6194	Corona de retención sobre pilar para FPD, titanio y aleaciones de titanio. Retenedor para prótesis dental parcial fija cuya retención, apoyo y estabilidad se logran con un pilar sobre un implante	$520
D6195	Retenedor sobre pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$510
	Coronas/puentes fijos, por unidad	
•	Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana.	
•	Los casos que incluyen siete (7) o más coronas, implantes o unidades de puente fijo en el mismo plan de tratamiento requieren un copago de $125 adicional por unidad además del copago especificado para cada corona, implante o unidad de puente.	
D6205	Póntico, composite a base de resina indirecta	$85
D6210	Póntico, metal muy noble por colado	$85
D6211	Póntico, base predominantemente de metal por colado	$85
D6212	Póntico, metal noble por colado	$85
D6214	Ortopóntico, titanio y aleaciones de titanio	$85
D6240	Póntico, porcelana fundida a un metal noble/muy resistente	$85
D6241	Póntico, porcelana fundida a una base predominantemente de metal	$85
D6242	Póntico, porcelana fundida a un metal noble	$85
D6243	Ortopóntico, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$85
D6245	Póntico, porcelana/cerámica	$105
D6250	Póntico, resina con un metal muy noble	$85
D6251	Póntico, resina con una base predominantemente de metal	$85
D6252	Póntico, resina con un metal noble	$85
D6253	Tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. No debe usarse como un póntico temporal para una restauración de prótesis habitual.	$25
D6545	Retenedor, metal por colado para prótesis fijas de resina adherida	$35
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica para prótesis fijas de resina adherida	$35
D6549	Retenedor de resina para prótesis fijas de resina adherida	$26
D6600	Incrustaciones del sujetador, de porcelana/cerámica, dos superficies	$85
D6601	Incrustaciones del sujetador, de porcelana/cerámica, tres o más superficies	$85
D6602	Incrustaciones del sujetador, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	$85

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D6603	Incrustaciones del sujetador, molde con alto contenido de metal noble,, tres o más superficies	$85
D6604	Incrustaciones del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, dos superficies	$85
D6605	Incrustaciones del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, tres o más superficies	$85
D6606	Incrustaciones del sujetador, molde de metal noble, dos superficies	$85
D6607	Incrustaciones del sujetador, molde de metal noble, tres o más superficies	$85
D6608	Recubrimiento del sujetador, de porcelana/cerámica, dos superficies	$85
D6609	Recubrimiento del sujetador, de porcelana/cerámica, tres o más superficies	$85
D6610	Recubrimiento del sujetador, molde de metal muy noble, dos superficies	$85
D6611	Recubrimiento del sujetador, molde de metal muy noble, tres o más superficies	$85
D6612	Recubrimiento del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, dos superficies	$85
D6613	Recubrimiento del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, tres o más superficies	$85
D6614	Recubrimiento del sujetador, molde de metal noble, dos superficies	$85
D6615	Recubrimiento del sujetador, molde de metal noble, tres o más superficies	$85
D6624	Incrustaciones del sujetador, titanio	$85
D6634	Recubrimiento del sujetador, titanio	$85
D6710	Corona de sujeción, empaste compuesto de resina (indirecta)	$85
D6720	Corona de sujeción, resina con metal muy noble	$85
D6721	Corona de sujeción, resina con base predominantemente de metal	$85
D6722	Corona de sujeción, resina con metal noble	$85
D6740	Corona de sujeción, de porcelana/cerámica	$85
D6750	Corona de sujeción, fusión de porcelana con base predominantemente de metal	$85
D6751	Corona de sujeción, fusión de porcelana con mayoría de metal	$85
D6752	Corona de sujeción, fusión de porcelana con metal noble	$85
D6753	Corona de retención, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	$85
D6780	Corona de sujeción, ¾ de molde compuesto de metal muy noble	$85
D6781	Corona de sujeción, ¾ de molde compuesto principalmente de metal	$85
D6782	Corona de sujeción, ¾ de molde de metal noble	$85
D6783	Corona de sujeción, ¾ de porcelana/cerámica	$85
D6784	Corona de retención, ¾ titanio y aleaciones de titanio	$85
D6790	Corona de sujeción, molde completo con alto contenido de metal noble	$85
D6791	Corona de sujeción, molde completo predominantemente con base de metal	$85
D6792	Corona de sujeción, molde completo con contenido de metal noble	$85
D6793	Póntico provisorio. Tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. No debe usarse como una corona de retención temporal para una restauración de prótesis habitual.	$25
D6794	Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio	$85
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D6940	Liberador de tensión	$110
D6950	Accesorio de precisión. Un par de componentes constituye una pieza de precisión, que es independiente de la prótesis.	$195
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla de material restaurativo	$0
	Cirugía bucal	
•	Incluye visitas/tratamientos post operatorios de rutina.	
•	La extracción de terceros molares asintomáticos no es un Servicio cubierto a menos que exista una patología (enfermedad).	
D7111	Extracción de restos de coronas, dientes temporales	$0
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevación y/o fórceps)	$0
D7210	Extracción, diente erupcionado que exige la extracción del hueso o el corte del diente, con la inclusión de una elevación de colgajo mucoperióstico, si así se lo indica	$5
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	$10
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	$30
D7240	Extracción de diente impactado, completamente en hueso	$55
D7241	Extracción de diente impactado, completamente en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales	$80
D7250	Extracción de raíces del diente residuales (procedimiento de corte)	$5
D7251	Coronectomía, extracción de diente parcial intencional	$55
D7260	Cierre de fistula antro bucal	$250
D7261	Cierre primario de una perforación del seno	$255
D7270	Reimplante de dientes o estabilización de dientes extirpados o desplazados accidentalmente	$15
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	$15
D7282	Movilización de un diente que brotó o está mal posicionado para ayudar a que brote	$15
D7283	Colocación de un accesorio en un diente retenido, después de su exposición, para ayudar a la dentición. Informe la exposición quirúrgica por separado usando el código D7280.	$15
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal, duro (hueso, diente)	$0
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal, blando	$0
D7287	Obtención de muestra citológica exfoliativa	$50
D7288	Biopsia con cepillo – recolección de muestras transepiteliales	$50
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supra crestal, según informe	$30
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	$0
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones – uno a tres dientes o espacios de diente por cuadrante	$0
D7320	Alveoloplastia no junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	$0
D7321	Alveoloplastia no junto con extracciones – uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante	$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D7340	Vestibuloplastía, extensión de borde desdentado (epitelialización secundaria)	$350
D7350	Vestibuloplastía, extensión de borde desdentado (incluyendo injertos de tejido blando, reimplantación de músculo, revisión de la adhesión de tejido blando y manejo de tejido hipertrofiado e hiperplásico)	$970
D7450	Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	$110
D7451	Remoción de un quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm	$315
D7471	Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$80
D7472	Extracción de cresta palatina	$15
D7473	Extracción de cresta mandibular	$15
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	$60
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral	$15
D7511	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	$15
D7520	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extraoral	$15
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	$15
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extracción de hueso no vital	$105
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños	$485
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	$15
D7921	Obtención y aplicación de producto concentrado de sangre autóloga	$95
D7950	Injerto óseo, osteoperiosteo o de cartílago de la mandíbula o maxilar, autógeno o no autógeno, según el informe	$600
D7951	Aumento del seno con hueso o sustitos de hueso por medio de un método de apertura lateral	$825
D7952	Aumento del seno nasal por medio del método vertical	$825
D7953	Injerto de reemplazo de hueso para la preservación de alvéolos, por sitio	$100
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	$0
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	$0
D7963	Frenuloplastía	$0
D7970	Escisión de tejido hiperplásico, por arco	$55
D7971	Escisión de encía periocoronaria	$35
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	$125
	Ortodoncia	
•	Los beneficios cubren veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia usual y habitual y veinticuatro (24) meses adicionales de retención.	
•	Los beneficios de ortodoncia integral incluyen todas las fases de tratamiento y aparatos fijos/extraíbles.	
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición temporal	$725
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de transición	$725
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adolescente	$725
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adulto	$725

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición	$1,450
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente	$1,450
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de adulto	$1,450
D8660	Examen para el tratamiento de preortodoncia, para controlar el desarrollo y crecimiento	$0
D8670	Visita de tratamiento periódico de ortodoncia	$0
D8680	Retención ortodóntica (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	$250
D8681	Ajuste de sujetador ortodóntico extraíble	$0
D8698	Recementación o readhesión de retenedor fijo superior	$0
D8699	Recementación o readhesión de retenedor fijo inferior	$0
D8701	Reparación de retenedor fijo (incluye volver a fijarlo) superior	$0
D8702	Reparación de retenedor fijo (incluye volver a fijarlo) inferior	$0
•	Hay un copago de $250 por planificación y registros de tratamiento de ortodoncia (rayos X previos/posteriores (cefalométrico, panorámico, etc.), fotografías, modelos de estudio).	
•	Hay un copago de $25 por visita para las visitas de ortodoncia fuera de los veinticuatro (24) meses de tratamiento activo o retención.	
	Servicios generales complementarios	
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia) de dolor dental, procedimientos menores	$0
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	$0
D9210	Anestesia local no junto con un procedimiento operatorio o quirúrgico	$0
D9211	Anestesia de bloque regional	$0
D9212	Anestesia del bloque de la división del trigémino	$0
D9215	Anestesia local junto con un procedimiento operatorio o quirúrgico	$0
D9219	Evaluación para sedación moderada, profunda o anestesia general	$0
D9222	Sedación profunda/Anestesia general, primeros 15 minutos	$60
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incrementos cada 15 minutos	$60
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, anxiólisis	$15
D9239	Analgesia/Sedación intravenosa (consciente) moderada, primeros 15 minutos	$60
D9243	Analgesia/Sedación intravenosa (consciente) moderada, cada incremento posterior de 15 minutos	$60
D9248	Sedación consciente no intravenosa	$15
D9310	Consulta, servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante	$0
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	$0
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario programado regularmente), no se realizan otros servicios	$0
D9440	Visita al consultorio, después del horario programado regularmente	$15
D9450	Presentación de caso, planificación de tratamiento extenso y detallado	$0
D9610	Medicamento parenteral terapéutico, administración única	$15
D9612	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	$25

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago para usted y sus dependientes
D9613	Infiltración de medicamento terapéutico de liberación sostenida, por cuadrante. Infiltración de un agente farmacológico de liberación sostenida para el alivio del dolor de acción prolongada en el sitio quirúrgico. No apto para uso como anestesia local.	$15
D9630	Medicamentos o fármacos proporcionados en el consultorio para su uso en el hogar	$15
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	$15
D9930	Tratamiento de complicación (post-quirúrgica), circunstancias inusuales, según el informe	$0
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	$55
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	$55
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	$55
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	$55
D9942	Reparación o reajuste de protector oclusal	$40
D9943	Ajuste de la guarda oclusal	$10
D9944	Protector oclusal, aparato rígido, arco completo	$85
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco completo	$85
D9946	Protector oclusal, aparato rígido, arco parcial	$64
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$0
D9952	Ajuste oclusal (completo)	$0
D9986	Cita perdida (aviso con menos de 24 horas)	No debe exceder $10
D9987	Cita cancelada (si el aviso es con menos de 24 horas, consulte D9986)	$0

Current Dental Terminology © American Dental Association

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES

General

1. Los dentistas de atención especializada aceptarán la tarifa contratada para todos los Servicios cubiertos.

2. La anestesia general o sedación IV es un Servicio cubierto solo si se proporciona en un Consultorio dental general seleccionado, administrado por el Dentista general seleccionado o Dentista de atención especializada, y es en conjunto con los procedimientos quirúrgicos orales o periodónticos cubiertos o cuando el Dentista general seleccionado o el Dentista de atención especializada lo considere necesario.

3. La esterilización y control de infección no se nos puede facturar a nosotros ni a usted o sus dependientes y se incluyen dentro de los cargos por servicios proporcionados en esa fecha de servicio.
    a. Se incluye el anestésico local en todas las tarifas de procedimientos restaurativos y quirúrgicos.
    b. Todos los adhesivos, revestimientos, bases y ajustes oclusales se incluyen como parte del procedimiento de restauración.

Diagnóstico

1. Rayos X panorámicos o de toda la boca (incluyendo aletas de mordida): una vez cada tres (3) años, a menos que sea médicamente necesario por un problema dental específico.

2. Todos los costos de rayos X de aleta de mordida y periapicales adicionales realizados el mismo día que los rayos X de toda la boca que se le proporcionan a usted o a sus dependientes se incluyen en los costos de los rayos X de toda la boca.

Preventivo

1. Las limpiezas de rutina (profilaxis bucal), los servicios de mantenimiento periodontal (después de una terapia periodontal activa) y los tratamientos con flúor están limitados a dos veces al año. Hay disponibles dos (2) limpiezas adicionales (rutina y periodontal) bajo el copago enumerado en el PROGRAMA DE BENEFICIOS. Hay profilaxis adicional disponible, si es médicamente necesaria.

2. Sellantes o restauraciones preventivas de resina: El beneficio del plan aplica a los dientes molares temporales y permanentes, limitado a 19 años de edad, uno (1) por diente, por treinta y seis (36) meses, a menos que sea médicamente necesario.

3. Los mantenedores de espacio están cubiertos hasta los 14 años de edad, de por vida. El reemplazo de mantenedores de espacio no es un Servicio cubierto.

Tratamiento restaurativo

Coronas, implantes y puentes fijos

1. Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio.

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

3. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana.

4. Las coronas de acero inoxidable prefabricadas o coronas de resina prefabricadas están limitadas a no más de un (1) reemplazo para la misma superficie del diente en un plazo de cinco (5) años.

5. Los cargos por coronas/restauraciones provisionales se incluyen dentro de los costos de la corona/restauración permanente.

6. Las coronas/restauraciones provisionales se deben usar por un período de al menos seis (6) meses de duración. Las coronas/restauraciones temporales se deben usar por un período de al menos dos (2) meses de duración. Estos procedimientos se deben utilizar durante el tratamiento restaurativo para permitir el tiempo adecuado para sanar o completar los otros procedimientos. No se deben utilizar como restauraciones provisionales.

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

7. El Reemplazo de cualquier restauración fundida con el mismo tipo de restauración fundida o uno diferente, está limitado a no más de uno cada cinco (5) años.

8. La reestructuración del muñón está limitada a no más de una vez por diente en un período de cinco (5) años.

9. Los pernos y muñones 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. El reajuste o rebasado está limitado a uno (1) cada doce (12) meses.

2. Dentaduras postizas (completas o parciales): Reemplazo solo después de que hayan transcurrido cinco (5) años de cualquier provisión de dichas dentaduras postizas bajo un plan de SafeGuard, a menos que sea debido a la pérdida de un diente natural que no se puede agregar a la parcial existente. Los reemplazos serán un beneficio bajo este plan solo si la dentadura postiza existente es insatisfactoria y no se puede hacer satisfactoria según lo determina el dentista general seleccionado tratante o el dentista de atención especializada.

3. Reemplazo de dentadura postiza completa inmediata por una dentadura postiza completa permanente, si la inmediata no puede ser transformada en permanente y dicho reemplazo se hace dentro de los doce (12) meses de la colocación de la dentadura postiza completa inmediata.

4. Ajustes de dentaduras postizas si han pasado al menos seis (6) meses desde la instalación de la dentadura postiza extraíble existente.

5. El servicio de prostodoncia extraíble y fija incluye hasta tres (3) ajustes en un plazo de seis (6) meses de la fecha del servicio.

6. Acondicionamiento de tejido elegible uno (1) por aparato cada veinticuatro (24) meses.

7. Las prótesis provisionales se deben utilizar por un período de al menos seis (6) meses de duración. Las prótesis temporales se deben usar por un período de al menos dos (2) meses de duración. Estos procedimientos se deben utilizar durante el tratamiento restaurativo para permitir el tiempo adecuado para sanar o completar los otros procedimientos. No se deben utilizar como restauraciones provisionales.

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 están limitadas a no más de una vez en un período de doce (12) meses.

3. Las prótesis con soporte de implante están limitadas a no más de una vez para la misma posición dental en un período de cinco (5) años:
   - cuando es necesario para reemplazar dientes faltantes congénitamente; o
   - cuando es necesario para reemplazar los dientes naturales.

4. Lo siguiente está limitado a no más de dos (2) por cada año: Implantes, prótesis con soporte de implante y pilares para puentes.

Endodoncia

1. Los copagos enumerados para los procedimientos de endodoncia no incluyen el costo de la restauración final.

2. Los materiales utilizados para la irrigación de canal se incluyen en las tarifas de procedimientos de endodoncia.

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

Cirugía bucal

1. La extracción de terceros molares asintomáticos no es un Servicio cubierto. Debe existir una patología (enfermedad) para que tenga cobertura del programa.

2. Incluye visitas/tratamientos post operatorios de rutina.

Periodoncia

1. La irrigación (como Clorexidina), se incluye con los demás servicios que se le proporcionen ese día.

2. Los agentes de quimioterapia local están limitados a no más de seis (6) dientes por arco. Los planes de tratamiento que incluyen más de seis (6) dientes por arco, requieren aprobación previa del Plan.

3. El mantenimiento periodontal es elegible después de la terapia periodontal activa, la cual incluye raspado y alisamiento radicular, cirugía, etc.

4. El raspado periodontal y alisado radicular está limitado a no más de una vez por cuadrante cada período de veinticuatro (24) meses.

5. La cirugía periodontal, incluyendo gingivectomía, gingivoplastía y cirugía ósea, está limitada a no más de un procedimiento quirúrgico por cuadrante en cualquier período de treinta y seis (36) meses.

6. Diagramación periodontal para la planificación de tratamiento de la enfermedad periodontal como parte del diagnóstico general y tratamiento. Ningún cargo adicional aplicará a usted o sus dependientes o nosotros.

Ortodoncia

1. Si usted o su dependiente requiere los servicios de un ortodoncista, su dentista general seleccionado debe facilitarle una referencia. Si no se obtiene una referencia antes de que empiece el tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de todos los costos asociados con cualquier tratamiento de ortodoncia.

2. Si usted o su dependiente cancelan la cobertura del plan SafeGuard después de iniciar el tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de todos los cargos adicionales incurridos por el tratamiento de ortodoncia restante.

3. El tratamiento de ortodoncia debe proporcionarlo un Dentista general seleccionado o dentista de atención especializada cuya especialidad es el tratamiento dental de ortodoncia o uno pediátrico para que apliquen los copagos enumerados en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.

4. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia usual y acostumbrado y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. El tratamiento que ese extiende más allá de dichos períodos estará sujeto a un cargo de $25 por visita.

5. La fase de retención del tratamiento deberá incluir la construcción, colocación y ajuste de retenedores.

6. Si usted o su dependiente inició el tratamiento de ortodoncia antes de que su cobertura o la de su dependiente comenzara en virtud de este contrato colectivo, la continuidad del tratamiento de ortodoncia está disponible para usted o su dependiente en virtud de este contrato colectivo en cualquiera de las siguientes circunstancias:

    a. Tenía cobertura en virtud de los términos de un plan dental proporcionado por SafeGuard y, debido a una adquisición, ahora tiene cobertura en virtud de los términos de este contrato colectivo.

    b. Tenía cobertura en virtud de los términos de un plan dental proporcionado por una compañía de seguros que no era SafeGuard y ahora tiene cobertura en virtud de los términos de este contrato colectivo porque el titular del contrato posteriormente hizo un contrato con SafeGuard.

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

c. Se determina que es elegible para recibir los beneficios de la DHMO en virtud de los términos de este contrato colectivo debido a su condición de empleado nuevo.

d. Tenía cobertura en virtud de los términos de un plan dental y recibió servicios de ortodoncia que no estaban cubiertos porque ese plan dental no ofrecía cobertura de ortodoncia.

Una vez que recibamos el Formulario de continuidad de ortodoncia completo, junto con toda la documentación de respaldo, aceptaremos la responsabilidad de continuar el pago del saldo restante adeudado, hasta un máximo de $1,500 multiplicado por el porcentaje del tratamiento total restante a partir de la fecha de vigencia de este contrato colectivo, de conformidad con la sección BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES y BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES.

La continuidad del tratamiento de ortodoncia estará disponible si se inscribe dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se lo consideró elegible para recibir los beneficios en virtud de los términos de este contrato colectivo.

BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES

1. Todos los procedimientos que no se enumeran específicamente como un Servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS o procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines cosméticos (a menos que se enumeren específicamente como un Servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS), no están cubiertos.

2. Los servicios cubiertos los debe proporcionar su Consultorio dental general seleccionado o un dentista de atención especializada de SafeGuard a quién se le refiere de acuerdo con los términos de su evidencia de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS. Los servicios realizados por un Dentista no contratado por SafeGuard no son Servicios cubiertos, sin aprobación previa por parte de SafeGuard o su dentista general seleccionado, de acuerdo con los términos de su evidencia de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS (excepto los servicios de emergencia fuera del área).

3. Procedimientos dentales iniciados antes de su elegibilidad o la de sus dependientes bajo este PROGRAMA DE BENEFICIOS o iniciados después de que han terminado sus beneficios o los de sus dependientes. Por ejemplo, los dientes preparados para coronas, tratamiento de canales en progreso (el diente ha sido abierto hasta la pulpa (cámara del nervio)), o dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión.

4. Todos los servicios dentales o aparatos que se determine que no son razonables o necesarios para mantener o mejorar la salud dental de usted o de sus dependientes, según lo determine el dentista general seleccionado y nosotros, con base en los estándares de atención dental generalmente aceptados.

5. Cirugía ortognática.

6. Los cargos de hospital para pacientes hospitalizados/ambulatorios de cualquier tipo, incluyendo recetas médicas o medicamentos. La anestesia general o sedación por IV no está cubierta en ningún caso si se administra en un centro u hospital para pacientes ambulatorios. Los cargos dentales estarán cubiertos si el procedimiento realizado está cubierto por el Plan.

7. El Reemplazo de dentaduras postizas, coronas, aparatos o puentes que se han perdido, robado o dañado.

8. Tratamiento de malignidades, quistes o neoplasmas, a menos que se enumeren específicamente como Servicios cubiertos en el PROGRAMA DE BENEFICIOS. Todos los servicios relacionados con tarifas de laboratorio de patología.

9. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo principal propósito es cambiar la dimensión vertical de la oclusión, corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o inducidos médicamente; incluyendo, entre otros, el tratamiento de trastornos de la articulación miofuncional, mioesqueletal o temporomandibular a menos que se especifique lo contrario como un beneficio cubierto en el Programa de beneficios de este Plan.

10. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del gobierno federal o estatal, subdivisión política u otro programa público aparte de Medicaid o Medicare.

11. Los servicios requeridos mientras presta servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.

12. Servicios dentales que se consideran de naturaleza experimental.

13. Tratamiento requerido debido a un accidente de una fuerza externa, a menos que se enumere de otra manera como un Servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.

BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES (continuación)

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, micrognasia, macroglosia;
        - Desbalances hormonales u otros factores que afectan el crecimiento o anormalidades del desarrollo;
        - Tratamiento relacionado con los trastornos de la articulación temporomandibular;
    - Composite o soportes de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o cosméticas para aparatos estándar de ortodoncia fijos y extraíbles.
    - Se excluyen los servicios de Invisalign.

ASISTENCIA DE IDIOMA

As a SafeGuard member you have a right to free language assistance services, including interpretation and translation services. SafeGuard collects and maintains your language preferences, race, and ethnicity so that we can communicate more effectively with our members. If you require language assistance or would like to inform SafeGuard of your preferred language, please contact SafeGuard at (800) 880-1800.

Como miembro de SafeGuard usted tiene derecho a recibir servicios gratuitos de asistencia en idiomas. Esto incluye servicios de interpretación y traducción. SafeGuard recaba la información sobre sus preferencias de idioma, raza, y etnia de manera que nos podamos comunicar eficazmente con nuestros miembros. Si necesita asistencia en su idioma o quiere informarle a SafeGuard sobre su idioma de preferencia, comuníquese con SafeGuard al (800) 880-1800.

作為**SafeGuard**的會員，您有權獲得免費語言服務，包括口譯和筆譯。**SafeGuard**收集並保存有關您的語言選擇、人種和族裔方面的資料，以便我們更有效地與會員溝通。如果您需要語言方面的協助，或希望將您選擇的語言告訴**SafeGuard**，可通過電話或網站與**SafeGuard**聯絡，電話是**(800) 880-1800**。