

---

**APÉNDICE DE BENEFICIOS DENTALES**

**SHARP HEALTH PLAN**

**22433**

**Fecha de Entrada en Vigencia: 1 de enero de 2024**

***Condado de California: San Diego***

Administrado por:



Delta Dental of California

**Índice**

INTRODUCTION ..... 1  
DEFINICIONES..... 2  
CONDICIONES SEGÚN LAS CUALES SE PROPORCIONAN LOS BENEFICIOS ..... 4  
CÓMO LLEGAR A SU PROVEEDOR ..... 5  
CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES ..... 6  
APELACIÓN DE RECLAMACIONES ..... 7  
DISPOSICIONES GENERALES ..... 7

**Anexos**

- ANEXO A: DEDUCIBLES, LÍMITES MÁXIMOS Y NIVELES DE BENEFICIOS DEL PLAN
- ANEXO B: SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES
- ANEXO C: CÓDIGOS Y DESCRIPCIONES DE PROCEDIMIENTOS DENTALES

## INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental para **Sharp Health Plan**. Su plan dental está respaldado y es administrado por Delta Dental of California (“Delta Dental”). Nuestro objetivo es brindarle cuidado dental de alta calidad y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere a tener un problema para ver al dentista, sino que lo vea regularmente.

### Uso de este Apéndice de Beneficios

Este Apéndice de beneficios dentales (“Plan”), que incluye el Anexo A, Deducibles, Límites Máximos y Niveles de Beneficios del plan; el Anexo B, Limitaciones y Exclusiones y el Anexo C, Códigos y Descripción de Procedimientos Dentales, explica los términos y condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarlo a aprovechar al máximo su plan dental. Lo ayudará a comprender cómo funciona su Plan y cómo obtener cuidado dental. Lea este folleto por completo y con atención. Las palabras “nosotros”, “nos” y “nuestros” siempre hacen referencia a Delta Dental. Lea la sección Definiciones, en la cual se explican todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos en este Plan.

Las explicaciones de los beneficios que se encuentran en este folleto del Plan están sujetas a todas las disposiciones del Contrato en archivo con Sharp Health Plan (“Titular del Contrato”) y no modifican los términos ni las condiciones del Contrato de ninguna manera, así como usted tampoco adquirirá ningún derecho por las declaraciones u omisiones de este folleto.

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

### Contáctenos

Para obtener más información, visite

([www1.es.deltadentalins.com/medicare/sharphealthplanmedicare.html](http://www1.es.deltadentalins.com/medicare/sharphealthplanmedicare.html)) o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al (800) 390-3368 (TTY 711). Un Representante de Servicio al Cliente puede responder las preguntas que usted tenga acerca de cómo obtener el cuidado dental, ayudarlo a ubicar a un Proveedor Participante de Delta Dental, explicarle los Beneficios, consultar el estado de una reclamación y ayudarlo a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental llamando al (800) 390-3368 durante el horario comercial habitual para obtener información acerca de la elegibilidad y los Beneficios de los Miembros, el estado de una reclamación o para hablar con un Representante de Servicio al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere comunicarse con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta a la siguiente dirección:

Delta Dental of California  
P.O. Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

## DEFINICIONES

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

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

**Beneficios:** las cantidades que el Plan pagará por los servicios dentales cubiertos.

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

**Formulario de Reclamación:** el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación o solicitar un Presupuesto Previo al Tratamiento.

**Contrato:** el Acuerdo entre Sharp Health Plan y Delta Dental of California para la Prestación de Servicios Dentales.

**Titular del contrato** – Sharp Health Plan.

**Deducible:** la cantidad en dólares que el miembro debe cubrir por ciertos servicios cubiertos antes de que el Plan comience a pagar los beneficios.

**Proveedor de Medicare Participante de Delta Dental (Proveedor Participante):** se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología cuando y donde se haya realizado y que haya firmado un contrato con Delta Dental para aceptar participar en este Medicare Advantage Plan y proporcionar servicios cubiertos en odontología general a los Miembros.

**Cargo Contratado del Proveedor de Medicare Participante de Delta Dental (Cargo Contratado del Proveedor Participante):** el cargo por un Procedimiento Único cubierto bajo el Plan que un Proveedor Participante aceptó recibir, por contrato, como pago total por los servicios cubiertos.

**Fecha de Entrada en Vigencia:** la fecha original en la que comienza el Plan. Esta fecha se encuentra en la portada de este folleto y en el Anexo A.

**Servicio de Emergencia:** emergencia se refiere a la atención proporcionada por un Dentista a un Miembro para tratar una enfermedad dental que se manifiesta como un síntoma lo suficientemente grave, incluido el dolor intenso, que en caso de no atenderse de forma inmediata, el Miembro podría esperar razonablemente que derive en: (i) un grave peligro para la salud dental del Miembro o (ii) un deterioro grave de sus funciones dentales.

**Límite Máximo Autorizado del Plan:** el reembolso en virtud del Plan sobre el cual Delta Dental calcula el pago del Plan y la obligación financiera del Miembro. Sujeto a ajustes por extrema dificultad o circunstancias inusuales, el Límite Máximo Autorizado del Plan para los servicios prestados por un Proveedor Participante es el que sea menor entre el Cargo Presentado por el Proveedor o el Cargo Contratado del Proveedor.

**Miembro:** persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en el Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por CMS.

**Copago del Miembro:** se refiere a la cantidad que se menciona en el Anexo C que el Miembro debe pagar al Dentista para obtener los Beneficios que se proporcionen en virtud de este Plan. Los Miembros deben hacerse cargo del pago de todos los copagos en el momento en que se recibe el tratamiento.

**Proveedor de Medicare No Participante (Proveedor No Participante):** dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para ser un Proveedor Participante en virtud de este Medicare Advantage Plan.

**Plan:** este plan dental que describe los Beneficios, las limitaciones, las exclusiones, los términos y condiciones de cobertura para los Miembros inscritos en el Plan Medicare Advantage del Titular del Contrato.

**Año del Contrato:** los 12 meses a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia y cada periodo de 12 meses de ahí en adelante.

**Presupuesto Previo al Tratamiento:** estimado de los Beneficios autorizados conforme al Plan para los servicios ofrecidos.

**Código del Procedimiento:** el número del Current Dental Terminology® (CDT) asignado a un Procedimiento Único por la Sociedad Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés).

**Razonable:** se refiere a que un Miembro aplica un juicio prudente al determinar que existe una emergencia dental y realiza al menos un intento de ponerse en contacto con su Dentista Contratado para obtener Servicios de Emergencia y, en caso de que el Dentista no esté disponible, hace al menos un intento de ponerse en contacto con Delta Dental para pedir ayuda antes de buscar atención por parte de otro Dentista.

**Procedimiento Único:** procedimiento dental al que se le asigna un Código del Procedimiento independiente.

**Cargo Presentado:** la cantidad facturada e ingresada por un dentista en una reclamación de un procedimiento específico.

**Tratamiento en Curso:** se refiere a todo procedimiento dental único, según se define en el Código del nomenclador dental actual (CDT, por sus siglas en inglés), que haya sido iniciado mientras el Miembro era elegible para recibir Beneficios y que requiere varias citas para ser completado, independientemente de si el Miembro sigue siendo elegible para recibir tales Beneficios según el plan. Algunos ejemplos son: dientes que fueron preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares en los que se estableció un tiempo de trabajo, o dentaduras postizas completas o parciales para las que se tomó una impresión.

**Usted, Suyo o Usted Mismo:** se refiere a la persona que recibe servicios dentales.

## CONDICIONES SEGÚN LAS CUALES SE PROPORCIONAN LOS BENEFICIOS

El Plan pagará los Beneficios por los servicios dentales que se detallan en el Anexo B. El Plan pagará los Beneficios solamente por los servicios cubiertos. El Plan cubre varias categorías de servicios dentales cuando un Proveedor Participante presta los servicios, y cuando estos son necesarios y se encuentran dentro de los principios de la práctica dental generalmente aceptados. Las reclamaciones se procesarán de acuerdo con las políticas de procesamiento estándar de Delta Dental. Las políticas de procesamiento pueden ser modificadas periódicamente; por lo tanto, Delta Dental usará las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación. Delta Dental puede solicitar el apoyo de dentistas (especialistas dentales) para que revisen los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico o los tratamientos recetados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y si el tratamiento tiene un pronóstico favorable. Se aplicarán las Limitaciones y Exclusiones durante el periodo en el cual usted sea Miembro del Plan.

Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos individuales que se llevan a cabo al mismo tiempo que el procedimiento principal, los procedimientos individuales se consideran parte del procedimiento principal para los fines de determinar el Beneficio que se debe pagar conforme el Plan. Incluso si el dentista factura el procedimiento principal y cada una de sus partes individuales por separado, el Beneficio total que se debe pagar por todos los cargos relacionados se limitará al límite máximo del Beneficio pagadero por el procedimiento principal.

### **Pérdida de Cobertura**

La cobertura de los Miembros finaliza el último día del mes o de inmediato cuando finaliza el Contrato.

### **Copagos del Miembro**

El Plan pagará el Límite máximo del plan menos el monto de Copago del Miembro que aparece en el Anexo C, Códigos y descripciones de procedimientos dentales. Usted debe hacerse cargo del pago de todos los Copagos del Miembro en el momento en que se recibe el tratamiento.

### **Cantidad del Límite Máximo**

La mayoría de los programas dentales tienen un límite máximo. Un límite máximo (“Límite Máximo” o “Máximo”) es la cantidad máxima en dólares que el Plan pagará por el costo del cuidado dental. Usted es responsable del pago de los costos que exceden esta cantidad. El Límite Máximo a pagar, si lo hubiera, se presenta en el Anexo A. El Límite Máximo puede ser anual, por servicio, o de por vida.

### **Presupuesto Previo al Tratamiento**

Las solicitudes de Presupuestos Previos al Tratamiento no son obligatorias; sin embargo, su Proveedor Participante puede presentar un Formulario de Reclamación a Delta Dental antes de comenzar el tratamiento para mostrar los servicios que se le van a proporcionar a usted. Delta Dental estimará la cantidad de Beneficios pagaderos bajo el Plan para los servicios enumerados. Si Delta Dental le solicita a su dentista un Presupuesto Previo al Tratamiento antes de que acepte recibir

cualquier tratamiento prescrito, usted tendrá una estimación por adelantado de lo que pagará el Plan y de la diferencia que usted tendrá que pagar. Los Beneficios se procesarán de acuerdo con los términos del Plan cuando se realice el tratamiento. Los Presupuestos Previos al Tratamiento tienen validez durante 365 días a menos que otros servicios se reciban después de la fecha del Presupuesto Previo al Tratamiento, o hasta que ocurra alguno de los siguientes eventos:

- la fecha de finalización del Plan;
- la fecha de enmienda de los Beneficios bajo el Plan, si los servicios en el Presupuesto Previo al Tratamiento son parte de la enmienda;
- la fecha que termine su cobertura; o
- la fecha que finalice el acuerdo del Proveedor Participante con Delta Dental.

El Presupuesto Previo al Tratamiento no garantiza el pago. Es una estimación de la cantidad que pagará el Plan si usted se inscribe y cumple con todos los requisitos del programa del Plan al momento en el que se complete el tratamiento planeado. Es posible que no se tengan en cuenta los Deducibles; por esto, recuerde calcular su Deducible, si fuera necesario.

## **CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR**

### **Libre elección de dentistas dentro de la red**

Reconocemos que la elección de un dentista se ve afectada por numerosos factores y, por lo tanto, respaldamos su derecho a la libertad de elección de su dentista tratante dentro de la red. Esto garantiza que usted tenga acceso completo al tratamiento dental que necesite en el consultorio dental que usted elija. Puede consultar a cualquier Proveedor Participante para su tratamiento cubierto. Además, puede consultar a distintos Proveedores Participantes en su red.

Un Proveedor Participante es un proveedor de Delta Dental que ha aceptado proporcionar servicios cubiertos en virtud de este Plan Medicare Advantage. Para recibir los Beneficios en virtud de este Plan, la atención dental que reciba debe estar incluida como servicio cubierto. El Plan no paga Beneficios por la atención dental que no sea un servicio cubierto. Le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista sea un Proveedor Participante en este Medicare Advantage Plan antes de cada cita para evitar que los Proveedores que no son participantes facturen el saldo. Revise la sección “Cómo se pagan las reclamaciones” para obtener una explicación de los procedimientos de pago a fin de comprender el método de pago que corresponda al Proveedor Participante de su elección.

### **Cómo ubicar a un Proveedor Participante de Delta Dental**

Hay dos maneras en que se puede ubicar a un Proveedor Participante en su área:

- Usted puede acceder a la información a través del sitio web del Sharp Health Plan; o
- También puede llamar sin cargo al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al (800) 390-3358, y uno de nuestros representantes lo ayudará. Delta Dental puede proporcionarle información sobre la especialidad de un Proveedor Participante de Delta Dental y la ubicación del consultorio.

## CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES

### Pago de servicios: Proveedor Participante

Seleccionar un Proveedor Participante le permite al Miembro obtener Beneficios por los servicios cubiertos que le presten. El pago a un Proveedor Participante se calcula en función del Límite Máximo Autorizado del Plan. Los Proveedores Participantes acuerdan aceptar el Límite Máximo del Plan de Delta Dental como pago total por los servicios cubiertos, lo que significa que solo será responsable del monto del Copago del Miembro por el servicio cubierto.

El pago del Plan se envía directamente al Proveedor participante que envió la reclamación. Delta Dental le informará sobre cualquier cargo que el Plan no pague y del cual usted sea responsable. Por lo general, estos cargos son su Copago de Miembro, así como los deducibles, si corresponde, los cargos aplicables donde el Monto máximo se ha excedido, si corresponde, o para los cargos por los servicios no cubiertos.

### Pago de servicios: Proveedor No Participante

El Plan pagará los Beneficios por los servicios cubiertos proporcionados por un Proveedor No Participante. No obstante, un Proveedor No Participante puede cobrarle más que el Límite Máximo del Plan pagadero en virtud de este Medicare Advantage Plan, y usted será responsable de todos los cargos por Copago del Miembro, y cualquier diferencia entre lo que Delta Dental paga y la cantidad que el Proveedor No Participante cobra hasta el Cargo Presentado.

Delta Dental contrata a dentistas que tienen licencia y que participan en otros planes dentales ofrecidos por Delta Dental. No todos estos dentistas acuerdan o tienen contrato con Delta Dental para ser Proveedores Participantes en este Plan. Por lo tanto, le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista que seleccione sea un Proveedor Participante en este Plan dental antes de cada cita. El dentista puede estar bajo contrato para otro plan de beneficios de Delta Dental, pero no necesariamente este Plan para beneficiarios del Sharp Health Plan.

### Cómo Presentar una Reclamación

Delta Dental no exige la presentación de ningún formulario de reclamación especial. Sin embargo, la mayoría de los consultorios dentales cuentan con Formularios de Reclamación. Los Proveedores Participantes se encargarán de completar y enviar los documentos relacionados con su reclamación por usted. Si desea presentar su propia reclamación directamente a Delta Dental, consulte la sección “Aviso sobre el Formulario de Reclamación” para obtener más información.

*Puede obtener ayuda para completar el formulario de reclamación en el consultorio dental. Complete el formulario de reclamación y envíelo a la siguiente dirección:*

*Delta Dental of California  
P.O. Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330*



## **APELACIÓN DE RECLAMACIONES**

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solamente la calidad de la atención, sino también la calidad del proceso de tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales proporcionados por los Proveedores Participantes hasta la cortesía con la que lo atienden los representantes de Delta Dental por teléfono. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la negación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales prestados por un Proveedor Participante, tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante Sharp Health Plan llamando al (855) 562-8853.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

### **Examen Clínico**

Antes de aprobar una reclamación, Delta Dental tendrá derecho a recibir, en la medida en que lo permita la ley, de cualquier dentista a cargo o examinador o de hospitales en los que se brinda el cuidado dental, dicha información y registros relacionados con la asistencia o el examen o el tratamiento proporcionado a usted, ya que pueden ser necesarios para administrar la reclamación; o a requerir que lo examine un asesor dental contratado y pagado por el Plan, en su comunidad o residencia o cerca de ella. En todo momento, Delta Dental conservará de manera confidencial dicha información y registros.

### **Aviso sobre el Formulario de Reclamación**

Delta Dental les dará a usted o a su Proveedor, a solicitud, un Formulario de Reclamación para reclamar los Beneficios. Para hacer una reclamación, tanto el Proveedor Participante que proporcionó los servicios como el paciente (o el padre, la madre o el tutor si el paciente es menor de edad) deben completar y firmar el formulario, y nos lo deben enviar a la dirección antes mencionada.

Si Delta Dental no entrega el formulario en un plazo de 15 días a partir de la solicitud del Proveedor Participante o afiliado, los requisitos de prueba de la pérdida establecidos en el siguiente párrafo se considerarán cumplidos luego de la presentación ante Delta Dental de pruebas por escrito que cubran la existencia, el carácter y la extensión del siniestro por el cual se realiza una reclamación en el tiempo establecido en dicho párrafo para completar tales pruebas. Usted o su Proveedor Participante pueden descargar un Formulario de Reclamación desde el sitio web de Delta Dental.

### **Aviso por Escrito de Reclamación o Prueba del Siniestro**

Delta Dental debe recibir una prueba del siniestro por escrito en un plazo de 12 meses a contar a partir de la fecha de ocurrido el siniestro. Si no es razonablemente posible proporcionar una prueba por escrito en el tiempo requerido, la reclamación no se reducirá ni denegará únicamente por este motivo, siempre y cuando la prueba se presente lo antes posible. En cualquier caso, la prueba del siniestro debe proporcionarse en el plazo de un año después de dicho momento (a menos que el reclamante estuviera legalmente incapacitado).

Toda prueba del siniestro por escrito debe entregarse a Delta Dental durante los 12 meses anteriores a la terminación del Plan.

**Tiempo de Pago**

Las reclamaciones que deban pagarse en virtud del Plan por cualquier siniestro que no sea la pérdida por la que el Contrato proporciona un pago periódico se procesarán inmediatamente después de que se reciba la prueba por escrito del siniestro. Delta Dental les notificará a usted y a su Proveedor Participante sobre cualquier información adicional necesaria para procesar la reclamación.

**A quién se pagan los Beneficios**

No es necesario que el servicio sea proporcionado por un dentista específico. El pago por los servicios proporcionados por un Proveedor Participante se realizará directamente al dentista. Cualquier otro pago estipulado mediante el Plan se le realizará a usted, a menos que al presentar una prueba de la reclamación, usted solicite que el pago se realice directamente al dentista que brinda los servicios. Todos los Beneficios no pagados al Proveedor se les pagarán a usted, o a su heredero, o a un beneficiario alternativo según lo establecido por una orden judicial, excepto cuando la persona sea menor de edad o no sea competente para proporcionar un descargo válido; los Beneficios podrán pagarse a su cónyuge o al tutor o a otro representante designado legalmente.

**Acciones legales**

No se presentará ninguna acción conforme a derecho o equidad en virtud del Plan antes de que hayan transcurrido 60 días luego de que la prueba del siniestro se haya presentado de acuerdo con los requisitos del Plan. Tampoco se presentará ninguna acción a menos que sea dentro de los tres (3) años a partir de la fecha en la que el Plan exija la prueba del siniestro.

## ANEXO A

## Deducibles, Límites Máximos y Niveles de Beneficios del Plan

**Titular del contrato:** Sharp Health Plan

**Número del grupo:** 22433 **Fecha de Entrada en Vigencia:** 1 de enero de 2024

| Categoría de Servicios dentales    | Proveedores de Medicare Participantes en Delta Dental | Proveedores de Medicare No Participantes |
|------------------------------------|---|--|
| <b>Deducible Anual Por miembro</b> | Ninguno   |  |
| <b>Límite Máximo Anual</b>         | \$1,500 por afiliado por año calendario               |  |

| Niveles de Beneficios del Plan  |   |
|---|---|
| Proveedores de Medicare Participantes en Delta Dental <sup>†</sup>  | Proveedores de Medicare No Participantes <sup>†</sup> |
| <i>Delta Dental pagará o saldará el Límite máximo del Plan, menos el Copago del Miembro que aparece en la columna de Copago del Miembro del Anexo C, sujeto a las limitaciones y exclusiones mencionadas en el Anexo B.</i> |   |

<sup>†</sup> El reembolso se basa en las Tarifas contratadas de Proveedores de Medicare Participantes en Delta Dental para todos los proveedores, incluidos los Proveedores de Medicare no participantes.

## ANEXO B

## Servicios, Limitaciones y Exclusiones

**Titular del contrato:** Sharp Health Plan

**Número del grupo:** 22433 **Fecha de Entrada en Vigencia:** 1 de enero de 2024

***Descripción de los Servicios Dentales***

Delta Dental pagará o saldará el Nivel de beneficios del Plan que se muestra en el Anexo A por los siguientes servicios:

- **Servicios de diagnóstico y prevención**
  - (1) Diagnóstico: procedimientos para ayudar al Proveedor a determinar el tratamiento dental requerido, los exámenes bucales, las radiografías de mordida, las series intrabucales y placa panorámica.
  - (2) Prevención: limpieza (incluidos limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca, que se considera un beneficio de diagnóstico y prevención, y mantenimiento periodontal, que se considera un beneficio básico para fines de pago).
  - (3) Consultas con especialistas: opiniones o consejos solicitados por un dentista general.
- **Servicios Básicos**
  - (1) Cirugía bucal: extracciones y otros procedimientos quirúrgicos (incluida la atención preoperatoria y posoperatoria).
  - (2) Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
  - (3) Periodontología: tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes.
  - (4) Paliativo: tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
  - (5) Restauración: las restauraciones (empastes) de amalgama y de empaste compuesto de resina y las coronas prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dura de los dientes ocasionada por las caries).
  - (6) Arreglos de dentadura postiza: arreglo de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos los procedimientos de rebasado y recubrimiento.

- **Servicios Mayores**

- (1) Coronas e incrustaciones inlay/onlay: tratamiento de lesiones cariosas (caries visible de la estructura dura de los dientes) cuando no sea posible restaurar los dientes con una amalgama o empastes compuestos de resina.
- (2) Prostodoncia: procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y el arreglo de puentes fijos.

**Limitaciones**

- (1) Los servicios que sean más costosos que la forma de tratamiento proporcionada habitualmente conforme a los principios de la práctica dental aceptados se conocen como “Servicios opcionales”. Los Servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de los procedimientos estándares.

## Ejemplos de Servicios Opcionales:

- a) una corona donde un empaste restauraría el diente;
- b) una incrustación onlay en lugar de una restauración de amalgama;
- c) porcelana, resina o materiales similares para coronas colocadas en un segundo o tercer molar maxilar, o en cualquier muela mandibular (se permitirá el uso de una corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble); o
- d) una sobredentadura en lugar de una dentadura postiza.

Si un Miembro recibe servicios opcionales, se autorizará un Beneficio alternativo, lo que significa que el Plan pagará los Beneficios en el costo inferior del servicio habitual o la práctica estándar en lugar de pagarlo en el costo más elevado del Servicio opcional. El Miembro tendrá la responsabilidad de cubrir la diferencia entre el costo más alto del Servicio opcional y el costo inferior del servicio alternativo o del procedimiento estándar.

- (2) Limitaciones para exámenes y limpiezas:
  - a) Delta Dental pagará los exámenes bucales no más de dos veces por Año calendario.
  - b) Delta Dental pagará las profilaxis (limpiezas de rutina), limpiezas de mantenimiento periodontal, limpieza de sarro con presencia de inflamación o cualquier combinación de estas, dos veces en un año calendario.
  - c) Un desbridamiento bucal completo se permite una vez cada dos (2) Años calendario.
  - d) El mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como Beneficios básicos y la profilaxis (limpiezas de rutina) están cubiertas como Beneficios de diagnóstico y prevención.
- (3) Limitaciones sobre radiografías:
  - a) Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo Aceptado por el Proveedor por una serie intrabucal completa cuando los cargos por cualquier combinación de imágenes intrabucales en una serie única de tratamiento cumplan o excedan el Cargo Aceptado para una serie intrabucal completa.

- b) Cuando se presente una placa panorámica con placas complementarias, y los cargos por las placas complementarias son inferiores al cargo aceptado para una serie intrabucal completa, Delta Dental pagará las placas complementarias y la placa panorámica.
  - c) Cuando se presente una placa panorámica junto con placas complementarias, y los cargos superen el cargo aceptado por las series intrabucales completas, Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo Aceptado por el proveedor para una serie intrabucal completa y el cargo por la placa panorámica será responsabilidad del Miembro.
  - d) Si se toma una placa panorámica junto con una serie intrabucal completa, Delta Dental limitará el reembolso al cargo aceptado por el proveedor para la serie intrabucal completa, y el cargo de la placa panorámica será responsabilidad del Miembro.
  - e) Un Miembro puede tener una serie intrabucal completa o una imagen panorámica una vez cada dos (2) años calendario.
  - f) Las imágenes de radiografía de mordida se limitan a un (1) año calendario. Las radiografías de mordida de cualquier tipo están denegadas en los seis (6) meses siguientes a la fecha en la que se haya hecho una serie de radiografías de toda la boca, a menos que lo exijan circunstancias especiales.
- (4) La aplicación tópica de soluciones de flúor se limita a dos veces por año calendario.
- (5) Las pruebas de vitalidad de la pulpa están permitidas una vez cada dos (2) años calendario cuando no se proporcione un tratamiento definitivo.
- (6) Las consultas con especialistas se limitan a una vez de por vida por Proveedor. Las revisiones de pacientes o evaluaciones de pacientes se limitan a una vez por año calendario.
- (7) Ni Delta Dental ni el Miembro son responsables por el reemplazo de restauraciones de amalgama o empaste compuesto de resina (empastes) ni de coronas prefabricadas en los dos (2) años calendario siguientes al tratamiento si el mismo proveedor/consultorio de proveedores proporciona el servicio.
- (8) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente de por vida cuando el tratamiento definitivo no se realice en la misma fecha del servicio.
- (9) El tratamiento de conducto radicular o los tratamientos posteriores se limitan a no más de dos (2) en un año calendario. El tratamiento posterior del tratamiento de conducto radicular realizado por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.
- (10) El tratamiento posterior de cirugía apical por el mismo Proveedor/consultorio de Proveedores en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.

- (11) El tratamiento paliativo se cubre por consulta, no por diente, y el cargo incluye todo el tratamiento proporcionado, excepto las radiografías o procedimientos de Diagnóstico selectos que se requieran.
- (12) Limitaciones periodontales:
- a) Los beneficios para la limpieza de sarro periodontal y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada dos (2) año calendario.
  - b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez por cada periodo de tres (3) años calendario e incluye cualquier reingreso quirúrgico o limpieza de sarro y alisado radicular.
  - c) Los servicios periodontales, incluidos los injertos de reemplazo óseo, la regeneración guiada de tejido, los procedimientos de injertos y los materiales biológicos de apoyo a la regeneración de tejido blando y óseo solo se cubren para el tratamiento de los dientes naturales y no se cubren cuando se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de cresta o implantes. Las regeneraciones tisulares guiadas o los injertos óseos no constituyen un beneficio conjuntamente con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.
  - d) La cirugía periodontal está sujeta a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante.
  - e) Las limpiezas (profilaxis y mantenimiento periodontal) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular si los proporciona el mismo consultorio de Proveedores.
- (13) Los servicios de cirugía bucal cubiertos en virtud del plan dental se cubren por diente/cuadrante/arco dentario una sola vez en la vida. La excepción a esto es la extracción de quistes y lesiones, y los procedimientos de incisión y drenaje, se cubren una vez en el mismo día.
- (14) Las extracciones se limitan a no más de tres (3) en un año calendario.
- (15) Las coronas, incrustaciones inlay y onlay se cubren una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario, excepto cuando Delta Dental determine que la corona, incrustación inlay u onlay existente no es satisfactoria ni se puede arreglar para que lo sea porque el diente afectado ha tenido una pérdida importante o cambios en la estructura dental o los tejidos de apoyo.
- (16) Las coronas, las incrustaciones inlay u onlay se limitan a no más de dos (2) por año calendario.
- (17) La reconstrucción del muñón, incluidas espigas, se cubre una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario.
- (18) Los servicios perno-muñón se cubren una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario.

- (19) Las reparaciones de coronas se cubren una vez por diente cada dos (2) años calendario, y no se cubren dentro de los 24 meses de la colocación inicial.
- (20) Las reparaciones de dentadura postiza se cubren una vez por año calendario, y no se cubren dentro de los seis (6) meses de la colocación inicial.
- (21) Los aparatos de prostodoncia proporcionados por cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán únicamente después de que hayan pasado cinco (5) años calendario, excepto cuando Delta Dental determine que existe una pérdida importante de los dientes restantes o un cambio en el tejido de apoyo tal que el puente fijo o la dentadura postiza existente no pueda arreglarse de manera satisfactoria. El reemplazo de un aparato de prostodoncia que no se proporcione de acuerdo con un programa de Delta Dental se llevará a cabo si Delta Dental determina que el aparato no es satisfactorio ni puede arreglarse de manera satisfactoria.
- (22) Los medios de apoyo que facilitan el diagnóstico y el tratamiento se consideran parte de los cargos correspondientes al tratamiento definitivo y están incluidos en ellos.
- (23) Cuando se coloquen un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial extraíble en el mismo arco dentario y en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será un Beneficio.
- (24) La recementación de coronas o puentes se incluye en el cargo por la corona o el puente cuando la realice el mismo proveedor o consultorio de proveedores en los seis (6) meses siguientes a la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación por diente cada dos (2) años calendario.
- (25) La recementación de Incrustaciones inlay/onlay se incluye en el cargo por la incrustación inlay/onlay, cuando sean proporcionados por el mismo Proveedor/consultorio de Proveedores en los seis (6) meses siguientes a la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación de por vida.
- (26) Delta Dental limita el pago de dentaduras postizas a una dentadura postiza parcial o completa estándar (se aplican los Copagos del Miembro). Una dentadura postiza estándar hace referencia a un aparato extraíble para reemplazar los dientes permanentes y naturales faltantes, que se fabrica con materiales aceptables mediante métodos convencionales. El pago incluye atención de rutina después de la colocación, incluido cualquier ajuste y recubrimiento por los primeros seis (6) meses después de la colocación.
- a) El rebasado de dentadura postiza se limita a uno (1) por arco dentario en un periodo de dos (2) años calendario e incluye cualquier recubrimiento y ajuste durante seis (6) meses después de la colocación.
  - b) Las dentaduras postizas, las dentaduras postizas parciales extraíbles y los recubrimientos incluyen ajustes durante los seis (6) meses siguientes a la inserción. Después de los seis (6) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se



- limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a dos (2) por arco dentario en un año calendario.
- c) Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales extraíbles inmediatas incluyen recubrimiento y ajustes durante los tres (3) meses posteriores a la instalación. Después de los tres (3) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a dos (2) por arco dentario en un año calendario.
  - d) El acondicionamiento del tejido se limita a uno (1) por arco dentario por año calendario. Sin embargo, el acondicionamiento del tejido no se permite como un Beneficio por separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de dentadura postiza, recubrimiento o rebasado.
  - e) La recementación de dentaduras postizas parciales fijas se limita a una cada dos (2) años calendario.

### ***Exclusiones***

#### **Delta Dental no paga beneficios por lo siguiente:**

- (1) Servicios no incluidos en los Códigos y Descripciones de Procedimientos Dentales.
- (2) Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes sobre accidentes de trabajo o responsabilidad patronal; servicios recibidos sin costo por parte de cualquier organismo federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por la ley.
- (3) Cirugía cosmética o procedimientos por razones meramente cosméticas.
- (4) Prótesis maxilofaciales.
- (5) Restauraciones provisionales o temporales. Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos que se puedan pagar por separado y están incluidas en el cargo por el servicio completado.
- (6) Servicios para tratar malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), incluidos, entre otros, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (falta congénita de dientes).
- (7) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura de los dientes perdida por desgaste, erosión, abrasión o abfracción, o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes que estén fuera de alineación u oclusión. Algunos ejemplos incluyen, entre otros: equilibrio, ferulización periodontal, ajuste oclusal completo, protectores dentales nocturnos o protectores oclusales.
- (8) Cualquier procedimiento único realizado antes de la fecha en la que el Miembro se volvió elegible para recibir servicios de acuerdo con este plan.

- (9) Medicamentos recetados, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales o de investigación.
- (10) Cargos por anestesia, excepto la anestesia general y la sedación por vía intravenosa administrada por un proveedor en relación con una cirugía bucal cubierta o con procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia seleccionados. La anestesia local y la anestesia regional o por bloqueo de división del trigémino no son procedimientos que puedan pagarse por separado.
- (11) Injerto bucal adicional, (el uso de injertos autógenos tomados de otras partes del cuerpo no bucales del Miembro). Este texto no pretende excluir los injertos no autógenos obtenidos de bancos de tejido u otros fabricantes.
- (12) Implantes provisionales e implantes endoóseos de endodoncia.
- (13) Incrustaciones inlay/onlay a base de resina fabricadas indirectamente.
- (14) Cargos de cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier cargo adicional que cobre el proveedor por un tratamiento realizado en alguno de dichos centros.
- (15) Tratamiento realizado por alguien que no sea un proveedor o una persona que por ley pueda trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.
- (16) Los cargos en los que se incurra por los programas de control de la placa, los programas de control preventivo, incluidos los tiempos de atención domiciliaria, la instrucción alimenticia, la duplicación de radiografías, las pruebas de detección de cáncer o la orientación sobre el tabaco.
- (17) Servicios administrativos de la práctica dental que incluyen, entre otros, la elaboración de las reclamaciones, cualquier fase de la odontología que no sea parte de un tratamiento, como la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización del equipo o el control de infecciones o cualquier material auxiliar utilizado durante el transcurso habitual de un tratamiento, como hisopos, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación como la música.
- (18) Procedimientos que tengan un pronóstico dudoso con base en la revisión profesional que haga un especialista dental de la documentación presentada.
- (19) Todo impuesto gravado (o en que se incurra) por un gobierno, estado u otra entidad en relación con cualquier cargo que se haga por beneficios proporcionados conforme al Contrato no es un beneficio cubierto. Cualquier impuesto será responsabilidad del Afiliado.
- (20) Deducibles, cantidades que superen los límites máximos del plan o cualquier servicio que no esté cubierto bajo el plan dental.

- (21) Servicios cubiertos bajo el plan dental, pero que excedan las limitaciones de Beneficios o no cumplan las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación.
- (22) Servicios para el tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes o mandíbulas).
- (23) Servicios por cualquier perturbación de las uniones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ, por sus siglas en inglés) o de los músculos, nervios y otros tejidos asociados.
- (24) Servicios o materiales para selladores, separadores, servicios para ayudar a la exposición o erupción de un diente traumatizado o no erupcionado, el uso de dispositivos de anclaje temporales y la fibrotomía transeptal o supracrestal.
- (25) Citas perdidas o canceladas.
- (26) Servicio o materiales para óxido nitroso.
- (27) Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- (28) Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucal, conductual y sistemática asociados al uso de sustancias de alto riesgo.
- (29) Los aparatos y accesorios dentales soportados por implante, la colocación de implantes, el mantenimiento, la extracción y cualquier otro servicio relacionado con un implante dental.
- (30) Medidas adoptadas para programar las citas del paciente y garantizar su cumplimiento están incluidas en las operaciones del consultorio y no constituyen un servicio que se paga por separado.
- (31) Los cargos para la coordinación de la atención se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.
- (32) Entrevista motivacional sobre gestión de casos dentales y educación del paciente para mejorar la alfabetización sobre la salud bucal.
- (33) Procedimiento de diagnóstico no ionizante que puede cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento.
- (34) Extraoral: radiografía de proyección en 2D y radiografía dental posterior extraoral.
- (35) Pruebas de diabetes.
- (36) Corticotomía (procedimiento de cirugía bucal especializado relacionado con la ortodoncia).

- (37) Los cargos de los servicios de teleodontología se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.

**ANEXO C**  
**CÓDIGOS Y DESCRIPCIONES DE PROCEDIMIENTOS DENTALES**

| <b>CÓDIGO</b> | <b>DESCRIPCIÓN</b>                                 | <b>CATEGORÍA DE SERVICIO</b> | <b>DENTRO DE LA RED (PROVEEDORES PPO DE MEDICARE)<br/><br/>COPAGO DEL MIEMBRO</b> | <b>FUERA DE LA RED (PROVEEDORES QUE NO SON DE MEDICARE)<br/><br/>COPAGO DEL MIEMBRO</b> |
|---------------|--|------------------------------|---|---|
| D0120         | Evaluación periódica de la boca                    | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0140         | Evaluación limitada de la boca                     | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0150         | Evaluación completa de la boca                     | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0160         | Evaluación completa y detallada de la boca         | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0170         | Reevaluación, limitada, enfocada en el problema    | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0171         | Reevaluación – visita al consultorio posoperatoria | Diagnóstico                  | \$5.00  | \$5.00  |
| D0180         | Evaluación periodontal completa                    | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0190         | Revisión de un paciente                            | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0191         | Evaluación de un paciente                          | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0210         | Intrabucal - serie completa de radiografías        | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0220         | Intrabucal - primera radiografía periapical        | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0230         | Intrabucal - cada radiografía periapical adicional | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0240         | Intrabucal: radiografía oclusal                    | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |
| D0270         | Radiografía de mordida: una sola radiografía       | Diagnóstico                  | \$0.00  | \$0.00  |

|       |  |             |        |        |
|-------|--|-------------|--------|--------|
| D0272 | Radiografía de mordida:<br>dos radiografías  | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0273 | Radiografías de mordida:<br>tres radiografías  | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0274 | Radiografías de mordida:<br>cuatro radiografías  | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0330 | Radiografía panorámica   | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0396 | Impresión 3D de una<br>exploración de la superficie<br>dental en 3D  | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0419 | Análisis de muestra de<br>saliva   | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0460 | Pruebas de vitalidad de la<br>pulpa  | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0472 | Toma de tejidos, examen<br>general, preparación y<br>entrega de un informe<br>escrito  | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0473 | Toma de tejidos, examen<br>general y microscópico,<br>preparación y entrega de un<br>informe escrito   | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0474 | Toma de tejidos, examen<br>general y microscópico,<br>incluida la evaluación de<br>márgenes quirúrgicos para<br>detectar enfermedades;<br>preparación y entrega de un<br>informe escrito | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0601 | Evaluación de riesgo de<br>caries y documentación,<br>con un resultado de riesgo<br>bajo   | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0602 | Evaluación de riesgo de<br>caries y documentación,<br>con un resultado de riesgo<br>moderado   | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |
| D0603 | Evaluación de riesgo de<br>caries y documentación,   | Diagnóstico | \$0.00 | \$0.00 |

|       |  |             |         |         |
|-------|--|-------------|---------|---------|
|       | con un resultado de riesgo alto  |             |         |         |
| D0701 | Radiografía panorámica - solo imágenes   | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0702 | Radiografía cefalométrica 2-D – solo imágenes  | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0703 | Imagen fotográfica 2-D bucal o facial obtenida por vía intrabucal o extrabucal – solo imágenes | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0704 | Imagen fotográfica en 3D - solo imágenes   | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0705 | Radiografía dental posterior extrabucal – solo imágenes  | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0706 | Intrabucal - radiografía oclusal - solo imágenes   | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0707 | Intrabucal - radiografía periapical - solo imágenes  | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0708 | Intrabucal - radiografía de mordida - solo imágenes  | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0709 | Intrabucal - serie completa de radiografías - solo imágenes                                    | Diagnóstico | \$0.00  | \$0.00  |
| D0999 | Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe                                      | Diagnóstico | \$5.00  | \$5.00  |
| D1110 | Profilaxis: adulto   | Preventivo  | \$15.00 | \$15.00 |
| D1330 | Instrucciones de higiene bucal   | Preventivo  | \$0.00  | \$0.00  |
| D2140 | Amalgama - una superficie, dientes primarios o permanentes                                     | Básico      | \$27.00 | \$27.00 |
| D2150 | Amalgama - dos superficies, dientes primarios o permanentes                                    | Básico      | \$32.00 | \$32.00 |

|       |  |        |          |          |
|-------|--|--------|----------|----------|
| D2160 | Amalgama - tres superficies, dientes primarios o permanentes               | Básico | \$37.00  | \$37.00  |
| D2161 | Amalgama - cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes       | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D2330 | Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes anteriores            | Básico | \$55.00  | \$55.00  |
| D2331 | Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes anteriores           | Básico | \$65.00  | \$65.00  |
| D2332 | Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes anteriores          | Básico | \$75.00  | \$75.00  |
| D2335 | Empaste compuesto de resina, cuatro o más superficies (dientes anteriores) | Básico | \$85.00  | \$85.00  |
| D2390 | Corona de empaste compuesto de resina, dientes anteriores                  | Básico | \$85.00  | \$85.00  |
| D2391 | Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes posteriores           | Básico | \$75.00  | \$75.00  |
| D2392 | Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes posteriores          | Básico | \$80.00  | \$80.00  |
| D2393 | Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes posteriores         | Básico | \$85.00  | \$85.00  |
| D2394 | Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores | Básico | \$95.00  | \$95.00  |
| D2510 | Incrustación inlay – metálica – una superficie                             | Mayor  | \$260.00 | \$260.00 |



|       |  |       |          |          |
|-------|--|-------|----------|----------|
| D2520 | Incrustación inlay –<br>metálica – dos superficies                       | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D2530 | Incrustación inlay –<br>metálica – tres o más<br>superficies             | Mayor | \$280.00 | \$280.00 |
| D2542 | Restauración onlay –<br>metálica – dos superficies                       | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D2543 | Restauración onlay -<br>metálica, tres superficies                       | Mayor | \$290.00 | \$290.00 |
| D2544 | Restauración onlay -<br>metálica, cuatro o más<br>superficies            | Mayor | \$300.00 | \$300.00 |
| D2610 | Incrustación inlay -<br>porcelana/cerámica - una<br>superficie           | Mayor | \$360.00 | \$360.00 |
| D2620 | Incrustación inlay -<br>porcelana/cerámica - dos<br>superficies          | Mayor | \$370.00 | \$370.00 |
| D2630 | Incrustación inlay -<br>porcelana/cerámica - tres o<br>más superficies   | Mayor | \$380.00 | \$380.00 |
| D2642 | Restauración onlay -<br>porcelana/cerámica - dos<br>superficies          | Mayor | \$370.00 | \$370.00 |
| D2643 | Restauración onlay -<br>porcelana/cerámica - tres<br>superficies         | Mayor | \$390.00 | \$390.00 |
| D2644 | Restauración onlay -<br>porcelana/cerámica - cuatro<br>o más superficies | Mayor | \$400.00 | \$400.00 |
| D2650 | Incrustación inlay - empaste<br>compuesto de resina - una<br>superficie  | Mayor | \$260.00 | \$260.00 |
| D2651 | Incrustación inlay - empaste<br>compuesto de resina - dos<br>superficies | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |

|       |   |       |          |          |
|-------|---|-------|----------|----------|
| D2652 | Incrustación inlay - empaste compuesto de resina - tres o más superficies   | Mayor | \$280.00 | \$280.00 |
| D2662 | Restauración onlay - empaste compuesto de resina - dos superficies          | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D2663 | Restauración onlay - empaste compuesto de resina - tres superficies         | Mayor | \$280.00 | \$280.00 |
| D2664 | Incrustación onlay - empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies | Mayor | \$300.00 | \$300.00 |
| D2710 | Corona: empaste compuesto de resina (indirecta)                             | Mayor | \$125.00 | \$125.00 |
| D2712 | Corona: 3/4 de empaste compuesto de resina (indirecta)                      | Mayor | \$125.00 | \$125.00 |
| D2720 | Corona - resina con alto contenido de metal noble                           | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D2721 | Corona: resina con metal base principalmente                                | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D2722 | Corona - resina con metal noble   | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D2740 | Corona: sustrato de porcelana/cerámica                                      | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D2750 | Corona - porcelana fundida con alto contenido de metal noble                | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D2751 | Corona – porcelana fundida con metal base principalmente                    | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D2752 | Corona - porcelana fundida con metal noble                                  | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D2753 | Corona de porcelana fundida con titanio o aleación de titanio               | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |

|       |   |        |          |          |
|-------|---|--------|----------|----------|
| D2780 | Corona - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble         | Mayor  | \$425.00 | \$425.00 |
| D2781 | Corona: 3/4 de molde de metal base predominantemente            | Mayor  | \$325.00 | \$325.00 |
| D2782 | Corona - 3/4 de molde de metal noble                            | Mayor  | \$325.00 | \$325.00 |
| D2790 | Corona - molde completo con alto contenido de metal noble       | Mayor  | \$425.00 | \$425.00 |
| D2791 | Corona: molde completo de metal base principalmente             | Mayor  | \$325.00 | \$325.00 |
| D2792 | Corona - molde completo de metal noble                          | Mayor  | \$325.00 | \$325.00 |
| D2794 | Corona - titanio y aleación de titanio                          | Mayor  | \$425.00 | \$425.00 |
| D2910 | Recementación de incrustación inlay, onlay o cobertura parcial  | Básico | \$20.00  | \$20.00  |
| D2915 | Recementación de molde o perno-muñón prefabricado               | Básico | \$20.00  | \$20.00  |
| D2920 | Recementación de corona   | Básico | \$20.00  | \$20.00  |
| D2921 | Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide  | Básico | \$85.00  | \$85.00  |
| D2928 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica - dientes permanentes | Básico | \$80.00  | \$80.00  |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable - dientes permanentes   | Básico | \$80.00  | \$80.00  |
| D2940 | Restauración de protección                                      | Básico | \$20.00  | \$20.00  |
| D2949 | Base de restauración para una restauración indirecta            | Básico | \$50.00  | \$50.00  |

|       |  |        |         |         |
|-------|--|--------|---------|---------|
| D2950 | Reconstrucción del muñón, incluidas espigas cuando sea necesario   | Mayor  | \$50.00 | \$50.00 |
| D2951 | Retención de la espiga - por diente, además de la restauración   | Básico | \$25.00 | \$25.00 |
| D2952 | Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente   | Mayor  | \$95.00 | \$95.00 |
| D2953 | Cada perno adicional fabricado indirectamente: en el mismo diente  | Mayor  | \$50.00 | \$50.00 |
| D2954 | Perno-muñón prefabricado, además de una corona   | Mayor  | \$70.00 | \$70.00 |
| D2957 | Cada perno adicional prefabricado: en el mismo diente  | Mayor  | \$45.00 | \$45.00 |
| D2971 | Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje bajo un marco de dentadura postiza parcial existente | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D2976 | Estabilización de banda, por diente  | Básico | \$37.00 | \$37.00 |
| D2980 | Arreglo de corona por falla del material restaurador   | Mayor  | \$50.00 | \$50.00 |
| D2981 | Arreglo de incrustación inlay por falla del material restaurador   | Mayor  | \$50.00 | \$50.00 |
| D2982 | Arreglo de incrustación onlay por falla del material restaurador   | Mayor  | \$50.00 | \$50.00 |
| D2983 | Arreglo de revestimiento por falla del material restaurador  | Mayor  | \$50.00 | \$50.00 |
| D2989 | Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad  | Básico | \$0.00  | \$0.00  |

|       |  |        |          |          |
|-------|--|--------|----------|----------|
| D3110 | Recubrimiento de la pulpa - directo (no incluye la restauración final)   | Básico | \$25.00  | \$25.00  |
| D3120 | Recubrimiento de la pulpa - indirecto (no incluye la restauración final)   | Básico | \$25.00  | \$25.00  |
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos | Básico | \$0.00   | \$0.00   |
| D3221 | Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes  | Básico | \$45.00  | \$45.00  |
| D3222 | Pulpotomía parcial de génesis del ápice - diente permanente con desarrollo radicular incompleto  | Básico | \$0.00   | \$0.00   |
| D3310 | Endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)  | Básico | \$180.00 | \$180.00 |
| D3320 | Endodoncia, dientes bicúspides (no incluye la restauración final)  | Básico | \$230.00 | \$230.00 |
| D3330 | Endodoncia, muelas (no incluye la restauración final)  | Básico | \$375.00 | \$375.00 |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico   | Básico | \$180.00 | \$180.00 |
| D3332 | Endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado  | Básico | \$180.00 | \$180.00 |
| D3346 | Tratamiento posterior de conductos radiculares - dientes anteriores  | Básico | \$280.00 | \$280.00 |
| D3347 | Tratamiento posterior de endodoncia previa: dientes bicúspides   | Básico | \$330.00 | \$330.00 |

|       |  |        |          |          |
|-------|--|--------|----------|----------|
| D3348 | Tratamiento posterior de conductos radiculares previos - muelas  | Básico | \$475.00 | \$475.00 |
| D3410 | Apicectomía - dientes anteriores   | Básico | \$270.00 | \$270.00 |
| D3421 | Apicectomía - dientes premolares (primera raíz)  | Básico | \$335.00 | \$335.00 |
| D3425 | Apicectomía - muelas (primera raíz)  | Básico | \$380.00 | \$380.00 |
| D3426 | Apicectomía, (cada raíz adicional)   | Básico | \$105.00 | \$105.00 |
| D3430 | Empaste retrógrado – por raíz  | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D3450 | Amputación de la raíz – por raíz   | Básico | \$75.00  | \$75.00  |
| D3471 | Reparación quirúrgica de reabsorción radicular - dientes anteriores  | Básico | \$270.00 | \$270.00 |
| D3472 | Reparación quirúrgica de reabsorción radicular - dientes premolares  | Básico | \$270.00 | \$270.00 |
| D3473 | Reparación quirúrgica de reabsorción radicular - dientes molares   | Básico | \$270.00 | \$270.00 |
| D3501 | Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular - dientes anteriores | Básico | \$270.00 | \$270.00 |
| D3502 | Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular - dientes premolares | Básico | \$270.00 | \$270.00 |
| D3503 | Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular - dientes molares    | Básico | \$270.00 | \$270.00 |

|       |  |        |          |          |
|-------|--|--------|----------|----------|
| D4210 | Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante                                   | Básico | \$260.00 | \$260.00 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante                                  | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D4212 | Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente  | Básico | \$0.00   | \$0.00   |
| D4240 | Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante  | Básico | \$300.00 | \$300.00 |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante | Básico | \$300.00 | \$300.00 |
| D4260 | Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo y el cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante    | Básico | \$450.00 | \$450.00 |
| D4261 | Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo y el cierre): de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante   | Básico | \$450.00 | \$450.00 |
| D4341 | Limpieza de sarro periodontal y alisado  | Básico | \$60.00  | \$60.00  |

|       |  |            |          |          |
|-------|--|------------|----------|----------|
|       | radicular: cuatro o más dientes por cuadrante  |            |          |          |
| D4342 | Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante   | Básico     | \$60.00  | \$60.00  |
| D4346 | Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: de toda la boca, después de la evaluación de la boca | Preventivo | \$20.00  | \$20.00  |
| D4355 | Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en la consulta posterior                       | Básico     | \$60.00  | \$60.00  |
| D4910 | Mantenimiento periodontal  | Básico     | \$45.00  | \$45.00  |
| D4921 | Irrigación gingival - por cuadrante  | Básico     | \$0.00   | \$0.00   |
| D5110 | Dentadura postiza completa – maxilar   | Mayor      | \$395.00 | \$395.00 |
| D5120 | Dentadura postiza completa – mandibular  | Mayor      | \$395.00 | \$395.00 |
| D5130 | Dentadura postiza inmediata – maxilar  | Mayor      | \$495.00 | \$495.00 |
| D5140 | Dentadura postiza inmediata – mandibular   | Mayor      | \$495.00 | \$495.00 |
| D5211 | Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)                               | Mayor      | \$300.00 | \$300.00 |
| D5212 | Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)                            | Mayor      | \$300.00 | \$300.00 |



|       |  |       |          |          |
|-------|--|-------|----------|----------|
| D5213 | Dentadura postiza parcial maxilar - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)                                     | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D5214 | Dentadura postiza parcial mandibular - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)                                  | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D5221 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)  | Mayor | \$300.00 | \$300.00 |
| D5222 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata – base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)  | Mayor | \$300.00 | \$300.00 |
| D5223 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)    | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D5224 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D5225 | Dentadura postiza parcial maxilar – base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)  | Mayor | \$475.00 | \$475.00 |

|       |  |        |          |          |
|-------|--|--------|----------|----------|
| D5226 | Dentadura postiza parcial mandibular – base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) | Mayor  | \$475.00 | \$475.00 |
| D5227 | Dentadura postiza inmediata parcial maxilar - base de resina (incluido cualquier gancho, apoyo y diente)           | Mayor  | \$300.00 | \$300.00 |
| D5228 | Dentadura postiza inmediata parcial mandibular - base de resina (incluido cualquier gancho, apoyo y diente)        | Mayor  | \$300.00 | \$300.00 |
| D5410 | Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar  | Mayor  | \$20.00  | \$20.00  |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular   | Mayor  | \$20.00  | \$20.00  |
| D5421 | Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar   | Mayor  | \$20.00  | \$20.00  |
| D5422 | Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular  | Mayor  | \$20.00  | \$20.00  |
| D5511 | Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, mandibular   | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D5512 | Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, maxilar  | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D5520 | Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)                                  | Básico | \$25.00  | \$25.00  |
| D5611 | Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular  | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D5612 | Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar   | Básico | \$50.00  | \$50.00  |

|       |   |        |          |          |
|-------|---|--------|----------|----------|
| D5621 | Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular                               | Básico | \$90.00  | \$90.00  |
| D5622 | Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar                                  | Básico | \$90.00  | \$90.00  |
| D5630 | Arreglo o reemplazo de gancho roto: por diente                              | Básico | \$45.00  | \$45.00  |
| D5640 | Reemplazo de dientes rotos - por diente                                     | Básico | \$25.00  | \$25.00  |
| D5650 | Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente              | Básico | \$45.00  | \$45.00  |
| D5660 | Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente - por diente | Básico | \$45.00  | \$45.00  |
| D5710 | Rebasado de dentadura postiza completa maxilar                              | Básico | \$130.00 | \$130.00 |
| D5711 | Rebasado de dentadura postiza completa mandibular                           | Básico | \$130.00 | \$130.00 |
| D5720 | Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar                               | Básico | \$130.00 | \$130.00 |
| D5721 | Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular                            | Básico | \$130.00 | \$130.00 |
| D5725 | Rebasado de prótesis híbrida  | Básico | \$130.00 | \$130.00 |
| D5730 | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)               | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D5731 | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)            | Básico | \$50.00  | \$50.00  |
| D5740 | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (directo)                | Básico | \$45.00  | \$45.00  |
| D5741 | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (directo)             | Básico | \$45.00  | \$45.00  |

|       |   |        |          |          |
|-------|---|--------|----------|----------|
| D5750 | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)   | Básico | \$150.00 | \$150.00 |
| D5751 | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)  | Básico | \$150.00 | \$150.00 |
| D5760 | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto)  | Básico | \$150.00 | \$150.00 |
| D5761 | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto)   | Básico | \$150.00 | \$150.00 |
| D5765 | Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble - indirecto                      | Básico | \$150.00 | \$150.00 |
| D5820 | Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar    | Mayor  | \$55.00  | \$55.00  |
| D5821 | Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular | Mayor  | \$55.00  | \$55.00  |
| D5850 | Acondicionamiento de tejido, maxilar  | Mayor  | \$30.00  | \$30.00  |
| D5851 | Acondicionamiento de tejido, mandibular   | Mayor  | \$30.00  | \$30.00  |
| D6210 | Póntico – molde con alto contenido de metal noble   | Mayor  | \$425.00 | \$425.00 |
| D6211 | Póntico – molde de metal base principalmente  | Mayor  | \$325.00 | \$325.00 |
| D6212 | Póntico – molde de metal noble  | Mayor  | \$325.00 | \$325.00 |
| D6240 | Póntico – porcelana fundida con alto contenido de metal noble   | Mayor  | \$425.00 | \$425.00 |

|       |   |       |          |          |
|-------|---|-------|----------|----------|
| D6241 | Póntico – porcelana fundida con metal base principalmente   | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6242 | Póntico – porcelana fundida con metal noble   | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6245 | Póntico – porcelana/cerámica  | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6250 | Póntico - resina con alto contenido de metal noble  | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6251 | Póntico – resina con metal base principalmente  | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6252 | Póntico - resina con metal noble  | Mayor | \$325.0  | \$325.00 |
| D6600 | Incrustación inlay de retención: porcelana/cerámica, dos superficies                              | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6601 | Incrustación inlay de retención: porcelana/cerámica, tres o más superficies                       | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6602 | Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies        | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D6603 | Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies | Mayor | \$280.00 | \$280.00 |
| D6604 | Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies             | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D6605 | Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies      | Mayor | \$280.00 | \$280.00 |

|       |   |       |          |          |
|-------|---|-------|----------|----------|
| D6606 | Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies                           | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D6607 | Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies                    | Mayor | \$280.00 | \$280.00 |
| D6608 | Restauración onlay de retención: porcelana/cerámica, dos superficies                              | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6609 | Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies                      | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6610 | Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies        | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D6611 | Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies | Mayor | \$290.00 | \$290.00 |
| D6612 | Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies             | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D6613 | Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies      | Mayor | \$290.00 | \$290.00 |
| D6614 | Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies                           | Mayor | \$270.00 | \$270.00 |
| D6615 | Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies                    | Mayor | \$290.00 | \$290.00 |
| D6720 | Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble                                    | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |

|       |   |       |          |          |
|-------|---|-------|----------|----------|
| D6721 | Corona de retención – resina con metal base principalmente                | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6722 | Corona de retención - resina con metal noble                              | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6740 | Corona de retención – porcelana/cerámica                                  | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6750 | Corona - porcelana fundida con alto contenido de metal noble              | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6751 | Corona de retención – porcelana fundida con metal base principalmente     | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6752 | Corona de retención – porcelana fundida con metal noble                   | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6753 | Corona de retención - porcelana fundida con titanio o aleación de titanio | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6780 | Corona de retención – 3/4 de molde con alto contenido de metal noble      | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6781 | Corona de retención – 3/4 de molde de metal base predominantemente        | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6782 | Corona de retención – 3/4 de molde de metal noble                         | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |
| D6784 | Corona de retención – 3/4 de titanio y aleaciones de titanio              | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6790 | Corona de retención – molde completo con alto contenido de metal noble    | Mayor | \$425.00 | \$425.00 |
| D6791 | Corona de retención – molde completo de metal base principalmente         | Mayor | \$325.00 | \$325.00 |

|       |   |        |          |          |
|-------|---|--------|----------|----------|
| D6792 | Corona de retención – molde completo de metal noble   | Mayor  | \$325.00 | \$325.00 |
| D6930 | Recementación de dentadura postiza parcial fija   | Mayor  | \$30.00  | \$30.00  |
| D6940 | Dispositivo dental para el estrés   | Mayor  | \$50.00  | \$50.00  |
| D6980 | Arreglo de dentadura postiza parcial fija por falla del material restaurador  | Mayor  | \$50.00  | \$50.00  |
| D7111 | Extracción, restos de corona: dientes de leche  | Básico | \$35.00  | \$35.00  |
| D7140 | Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps)  | Básico | \$35.00  | \$35.00  |
| D7210 | Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción de hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado | Básico | \$65.00  | \$65.00  |
| D7220 | Extracción de un diente traumatizado - tejido blando  | Básico | \$65.00  | \$65.00  |
| D7230 | Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo parcial   | Básico | \$65.00  | \$65.00  |
| D7240 | Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total   | Básico | \$65.00  | \$65.00  |
| D7241 | Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales   | Básico | \$65.00  | \$65.00  |



|       |  |        |         |         |
|-------|--|--------|---------|---------|
| D7250 | Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)   | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D7251 | Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente  | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D7284 | Biopsia excisional de las glándulas salivares menores  | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D7286 | Biopsia de tejidos bucales blandos   | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D7310 | Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante                | Básico | \$50.00 | \$50.00 |
| D7311 | Alveoloplastia junto con extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante               | Básico | \$50.00 | \$50.00 |
| D7320 | Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante                      | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D7321 | Alveoloplastia sin extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante                     | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)   | Básico | \$65.00 | \$65.00 |
| D7510 | Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intrabucal   | Básico | \$35.00 | \$35.00 |
| D7922 | colocación de vendaje biológico encajado para asistir en la hemostasis o estabilización del coágulo, por sitio | Básico | \$0.00  | \$0.00  |
| D7960 | Frenulectomía - también conocida como frenectomía  | Básico | \$65.00 | \$65.00 |

|       |   |                             |         |         |
|-------|---|-----------------------------|---------|---------|
|       | o frenotomía -<br>procedimiento<br>independiente no incidental<br>a otros procedimientos  |                             |         |         |
| D7961 | Frenectomía bucal/labial<br>(frenulectomía)   | Básico                      | \$0.00  | \$0.00  |
| D7962 | Frenectomía lingual<br>(frenulectomía)  | Básico                      | \$0.00  | \$0.00  |
| D9110 | Tratamiento paliativo (de<br>emergencia) de dolor de<br>dientes: procedimiento<br>menor   | Básico                      | \$35.00 | \$35.00 |
| D9211 | Anestesia por bloqueo<br>regional   | Básico                      | \$0.00  | \$0.00  |
| D9212 | Anestesia por bloqueo de<br>división del trigémino  | Básico                      | \$0.00  | \$0.00  |
| D9215 | Anestesia local junto con<br>procedimientos operativos o<br>quirúrgicos   | Básico                      | \$0.00  | \$0.00  |
| D9219 | Evaluación para sedación<br>profunda o anestesia<br>general   | Básico                      | \$0.00  | \$0.00  |
| D9310 | Consulta - servicio de<br>diagnóstico brindado por un<br>dentista o un médico<br>distinto al dentista o médico<br>que lo solicita | Diagnóstico y<br>prevención | \$35.00 | \$35.00 |
| D9311 | Consulta con un profesional<br>del cuidado de la salud  | Diagnóstico y<br>prevención | \$0.00  | \$0.00  |
| D9430 | Visita al consultorio para<br>observación (durante el<br>horario habitual) – no se<br>brindan otros servicios                     | Diagnóstico y<br>prevención | \$5.00  | \$5.00  |
| D9440 | Visita al consultorio -<br>después del horario habitual   | Diagnóstico y<br>prevención | \$50.00 | \$50.00 |
| D9912 | Selección del paciente antes<br>de la visita  | Diagnóstico y<br>prevención | \$0.00  | \$0.00  |

|       |   |                          |        |        |
|-------|---|--------------------------|--------|--------|
| D9932 | Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar                              | Diagnóstico y prevención | \$0.00 | \$0.00 |
| D9933 | Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular                           | Diagnóstico y prevención | \$0.00 | \$0.00 |
| D9934 | Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar                               | Diagnóstico y prevención | \$0.00 | \$0.00 |
| D9935 | Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular                            | Diagnóstico y prevención | \$0.00 | \$0.00 |
| D9990 | Traducción certificada o servicios de lenguaje de señas – por consulta                              | Básico                   | \$0.00 | \$0.00 |
| D9991 | Gestión de casos dentales – abordar obstáculos en el cumplimiento de las citas.                     | Servicios generales      | \$0.00 | \$0.00 |
| D9992 | Gestión de casos dentales – coordinación de la atención   | Servicios generales      | \$0.00 | \$0.00 |
| D9995 | Teleodontología: síncrona; servicios en tiempo real   | Servicios generales      | \$0.00 | \$0.00 |
| D9996 | Teleodontología: asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior | Servicios generales      | \$0.00 | \$0.00 |
| D9997 | Gestión de casos dentales - pacientes con necesidades especiales de cuidado de la salud             | Servicios generales      | \$0.00 | \$0.00 |