

LISTA A

Descripción de Beneficios y Copagos

Los beneficios que se muestran a continuación se brindan cuando se necesitan y según el dentista contratado que lo atiende lo considere necesario, y se encuentran sujetos a las limitaciones y exclusiones del programa. Consulte la *Lista B* para obtener una explicación más detallada de los beneficios. Los Afiliados deberán hablar sobre todas las opciones de tratamiento con su Dentista Contratado antes de recibir los servicios.

El texto que aparece en cursivas a continuación tiene como finalidad específica aclarar la prestación de Beneficios conforme al Programa de la Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO, por sus siglas en inglés) y no se debe interpretar como nomenclatura, descripciones ni códigos de procedimientos del Nomenclador Dental Actual (CDT, por sus siglas en inglés) de 2021, los cuales están protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Sociedad Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés). La ADA puede cambiar las definiciones o los códigos del CDT periódicamente. Tales nomenclaturas, descripciones y códigos actualizados pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con las leyes federales.

<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>PAGA EL AFILIADO</u>
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO	
D0120	Evaluación periódica de la boca - paciente establecido	Sin costo
D0140	Evaluación limitada de la boca - enfocada en el problema	Sin costo
D0145	Evaluación de la boca para un paciente menor de tres años de edad y orientación con el cuidador primario	Sin costo
D0150	Evaluación completa de la boca - paciente nuevo o establecido	Sin costo
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca - enfocada en el problema, por informe	Sin costo
D0170	Reevaluación - limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta posoperatoria)	Sin costo
D0171	Reevaluación - visita al consultorio posoperatoria	\$5.00
D0180	Evaluación periodontal completa - paciente nuevo o establecido	Sin costo
D0190	Revisión de un paciente	Sin costo
D0191	Evaluación de un paciente	Sin costo
D0210	Intrabucal - serie completa de radiografías - <i>se limita a 1 serie cada 24 meses</i>	Sin costo
D0220	Intrabucal - primera radiografía periapical	Sin costo
D0230	Intrabucal - cada radiografía periapical adicional	Sin costo
D0240	Intrabucal - radiografía oclusal	Sin costo
D0270	Radiografía de mordida - una sola radiografía	Sin costo
D0272	Radiografías de mordida - dos radiografías	Sin costo
D0273	Radiografías de mordida - tres radiografías	Sin costo
D0274	Radiografías de mordida - cuatro radiografías - <i>se limita a 1 serie cada 6 meses</i>	Sin costo

D0330	Radiografía panorámica	Sin costo
D0419	Evaluación de flujo salival por medición - <i>1 cada 12 meses</i>	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin costo
D0470	Moldes para diagnóstico	Sin costo
D0472	Toma de tejidos, examen general, preparación y entrega de un informe escrito	Sin costo
D0473	Toma de tejidos, examen general y microscópico, preparación y entrega de un informe escrito	Sin costo
D0474	Toma de tejidos, examen general y microscópico, incluida la evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar enfermedades; preparación y entrega de un informe escrito	Sin costo
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo bajo - <i>1 cada 12 meses</i>	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo moderado - <i>1 cada 12 meses</i>	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo alto - <i>1 cada 12 meses</i>	Sin costo
D0701	Radiografía panorámica - solo imágenes	Sin costo
D0702	Radiografía cefalométrica 2-D - solo imágenes	Sin costo
D0703	Imagen fotográfica 2-D bucal o facial obtenida por vía intraoral o extraoral - solo imágenes	Sin costo
D0704	Imagen fotográfica en 3D - solo imágenes	Sin costo
D0705	Radiografía dental posterior extraoral - solo imágenes	Sin costo
D0706	Intrabucal - radiografía oclusal - solo imágenes	Sin costo
D0707	Intrabucal - radiografía periapical - solo imágenes	Sin costo
D0708	Intrabucal - radiografía de mordida - solo imágenes	Sin costo
D0709	Intrabucal - serie completa de radiografías - solo imágenes	Sin costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - <i>incluye visitas al consultorio, por visita (además de otros servicios)</i>	\$5.00

D1000-D1999 II. PREVENCIÓN

D1110	<i>Limpieza profiláctica - adulto - 1 D1110, D1120 o D4346 por periodo de 6 meses</i>	\$15.00
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin costo
D1510	Separador - fijo - unilateral - por cuadrante	\$100.00
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar	\$150.00
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular	\$150.00
D1520	Separador - extraíble - unilateral - por cuadrante	\$100.00
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar	\$150.00
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular	\$150.00
D1551	Recementación o readhesión del separador bilateral - maxilar	\$10.00
D1552	Recementación o readhesión del separador bilateral - mandibular	\$10.00
D1553	Recementación o readhesión del separador unilateral - por cuadrante	\$10.00

D1556	Extracción del separador fijo unilateral - por cuadrante	\$10.00
D1557	Extracción del separador fijo bilateral - maxilar	\$10.00
D1558	Extracción del separador fijo bilateral - mandibular	\$10.00
D1575	Separador de calzado distal - fijo, unilateral - por cuadrante - niños hasta los 9 años de edad	\$100.00

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

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

D2140	Amalgama - una superficie, dientes primarios o permanentes	\$27.00
D2150	Amalgama - dos superficies, dientes primarios o permanentes	\$32.00
D2160	Amalgama - tres superficies, dientes primarios o permanentes	\$37.00
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	\$50.00
D2330	Empaste compuesto de resina - una superficie, dientes anteriores (<i>del color de los dientes</i>)	\$55.00
D2331	Empaste compuesto de resina - dos superficies, dientes anteriores (<i>del color de los dientes</i>)	\$65.00
D2332	Empaste compuesto de resina - tres superficies, dientes anteriores (<i>del color de los dientes</i>)	\$75.00
D2335	Empaste compuesto de resina - cuatro superficies o más, o que incluya ángulo incisal (dientes anteriores) (<i>del color de los dientes</i>)	\$85.00
D2390	Corona de empaste compuesto de resina, dientes anteriores	\$85.00
D2391	Empaste compuesto de resina - una superficie, dientes posteriores (<i>del color de los dientes</i>)	\$75.00
D2392	Empaste compuesto de resina - dos superficies, dientes posteriores (<i>del color de los dientes</i>)	\$80.00
D2393	Empaste compuesto de resina - tres superficies, dientes posteriores (<i>del color de los dientes</i>)	\$85.00
D2394	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies, dientes posteriores (<i>del color de los dientes</i>)	\$95.00
D2510	Incrustación inlay - metálica - una superficie ^{5,6}	\$260.00
D2520	Incrustación inlay - metálica - dos superficies ^{5,6}	\$270.00
D2530	Incrustación inlay - metálica - tres o más superficies ^{5,6}	\$280.00
D2542	Restauración onlay - metálica - dos superficies ^{5,6}	\$270.00
D2543	Restauración onlay - metálica - tres superficies ^{5,6}	\$290.00
D2544	Restauración onlay - metálica - cuatro o más superficies ^{5,6}	\$300.00
D2610	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - una superficie ^{2,6}	\$360.00
D2620	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies ^{2,6}	\$370.00
D2630	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - tres o más superficies ^{2,6}	\$380.00
D2642	Restauración onlay - porcelana/cerámica - dos superficies ^{2,6}	\$370.00
D2643	Restauración onlay - porcelana/cerámica - tres superficies ^{2,6}	\$390.00

D2644	Restauración onlay - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies ^{2,6}	\$400.00
D2650	Incrustación inlay - empaste compuesto de resina - una superficie (<i>del color de los dientes</i>) ^{2,6}	\$260.00
D2651	Incrustación inlay - empaste compuesto de resina - dos superficies (<i>del color de los dientes</i>) ^{2,6}	\$270.00
D2652	Inlay - empaste compuesto de resina - tres o más superficies (<i>del color de los dientes</i>) ^{2,6}	\$280.00
D2662	Restauración onlay - empaste compuesto de resina - dos superficies (<i>del color de los dientes</i>) ^{2,6}	\$270.00
D2663	Restauración onlay - empaste compuesto de resina - tres superficies (<i>del color de los dientes</i>) ^{2,6}	\$280.00
D2664	Onlay - empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies (<i>del color de los dientes</i>) ^{2,6}	\$300.00
D2710	Corona - empaste compuesto de resina (indirecta) ^{2,6}	\$125.00
D2712	Corona - $\frac{3}{4}$ del empaste compuesto de resina (indirecta) ^{2,6}	\$125.00
D2720	Corona - resina con alto contenido de metal noble ^{2,6}	\$425.00
D2721	Corona - resina con metal base principalmente ^{2,6}	\$325.00
D2722	Corona - resina con metal noble ^{2,6}	\$325.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica ^{2,6}	\$425.00
D2750	Corona - porcelana fundida con alto contenido de metal noble ^{2,6}	\$425.00
D2751	Corona - porcelana fundida con metal base principalmente ^{2,6}	\$325.00
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble ^{2,6}	\$325.00
D2753	Corona - porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	\$425.00
D2780	Corona - $\frac{3}{4}$ de molde con alto contenido de metal noble ⁶	\$425.00
D2781	Corona - $\frac{3}{4}$ de molde de metal base principalmente ⁶	\$325.00
D2782	Corona - $\frac{3}{4}$ de molde de metal noble ⁶	\$325.00
D2790	Corona - molde completo con alto contenido de metal noble ⁶	\$425.00
D2791	Corona - molde completo de metal base principalmente ⁶	\$325.00
D2792	Corona - molde completo de metal noble ⁶	\$325.00
D2794	Corona - titanio y aleación de titanio ⁶	\$425.00
D2910	Recementación o readhesión de incrustación inlay, restauración onlay, revestimiento o restauración de cobertura parcial	\$20.00
D2915	Recementación o readhesión del perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente	\$20.00
D2920	Recementación o readhesión de corona	\$20.00
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide (<i>dientes anteriores</i>) (<i>del color de los dientes</i>)	\$85.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente permanente	\$80.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - dientes permanentes	\$80.00
D2940	Restauración de protección	\$20.00
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta	\$50.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas cuando sea necesario	\$50.00

D2951	Retención de la espiga - por diente, además de la restauración	\$25.00
D2952	Perno-muñón, además de la corona, fabricados indirectamente - <i>incluye la preparación del conducto</i> ⁵	\$95.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente - mismo diente - <i>incluye la preparación del conducto</i> ⁵	\$50.00
D2954	Perno-muñón prefabricados, además de la corona - <i>perno de metal base; incluye la preparación del conducto</i>	\$70.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado - en el mismo diente - <i>perno de metal base; incluye la preparación del conducto</i>	\$45.00
D2971	Procedimientos adicionales para construir una corona nueva debajo de un marco de dentadura postiza parcial existente	\$65.00
D2980	Arreglo de corona por falla del material restaurador	\$50.00
D2981	Arreglo de incrustación inlay por falla del material restaurador	\$50.00
D2982	Arreglo de restauración onlay por falla del material restaurador	\$50.00
D2983	Arreglo de revestimiento por falla del material restaurador	\$50.00
D3000-D3999 IV. ENDODONCIA		
D3110	Recubrimiento de la pulpa - directo (no incluye la restauración final)	\$25.00
D3120	Recubrimiento de la pulpa - indirecto (no incluye la restauración final)	\$25.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	Sin costo
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	\$45.00
D3222	Pulpotomía parcial de génesis del ápice - diente permanente con desarrollo radicular incompleto	Sin costo
D3310	<i>Tratamiento de conducto radicular</i> - endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	\$180.00
D3320	<i>Tratamiento de conducto radicular</i> - endodoncia, dientes premolares (no incluye la restauración final)	\$230.00
D3330	<i>Tratamiento de conducto radicular</i> - endodoncia, muelas (no incluye la restauración final)	\$375.00
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico	\$180.00
D3332	Endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$180.00
D3346	Tratamiento posterior de conductos radiculares - dientes anteriores	\$280.00
D3347	Tratamiento posterior de conductos radiculares - dientes premolares	\$330.00
D3348	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos - muelas	\$475.00
D3410	Apicectomía - dientes anteriores	\$270.00
D3421	Apicectomía - dientes premolares (primera raíz)	\$335.00
D3425	Apicectomía - muelas (primera raíz)	\$380.00

D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$105.00
D3430	Empaste retrógrado - por raíz	\$50.00
D3450	Amputación de la raíz, por raíz - <i>sin cobertura en conjunto con una hemisección</i>	\$75.00
D3471	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - dientes anteriores	\$270.00
D3472	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - dientes premolares	\$270.00
D3473	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - dientes molares	\$270.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o arreglo - dientes anteriores	\$270.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o arreglo - dientes premolares	\$270.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o arreglo - dientes molares	\$270.00

D4000-D4999V V. PERIODONCIA

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

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$260.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$50.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	\$50.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$300.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival; incluye el alisado radicular - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$300.00
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$450.00
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre) - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$450.00
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular periodontal - cuatro o más dientes por cuadrante - <i>se limita a 4 cuadrantes durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular - de uno a tres dientes por cuadrante - <i>se limita a 4 cuadrantes durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival	\$20.00

	generalizada moderada o grave - toda la boca, después de una evaluación de la boca - <i>1 D1110, D1120 o D4346 por periodo de 6 meses</i>	
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir la realización de una evaluación y un diagnóstico bucales completos en una consulta posterior - <i>se limita a 1 tratamiento en cualquier periodo de 12 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4910	Mantenimiento periodontal - <i>se limita a 1 tratamiento por periodo de 6 meses</i>	\$45.00
D4921	Irrigación gingival - por cuadrante	Sin costo
D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)		
D5110	Dentadura postiza completa - maxilar ^{1, 3}	\$395.00
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular ^{1, 3}	\$395.00
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar ^{1, 3}	\$495.00
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular ^{1, 3}	\$495.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) ^{1, 3}	\$300.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) ^{1, 3}	\$300.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) ^{1, 3}	\$425.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) ^{1, 3}	\$425.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$300.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$300.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	\$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)	\$425.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) ^{1, 3}	\$475.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) ^{1, 3}	\$475.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar ¹	\$20.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular ¹	\$20.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar ¹	\$20.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular ¹	\$20.00
D5511	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, mandibular	\$50.00

D5512	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, maxilar	\$50.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	\$25.00
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular	\$50.00
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar	\$50.00
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular	\$90.00
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar	\$90.00
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de retención/ganchos - por diente	\$45.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente	\$25.00
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente	\$45.00
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente - por diente	\$45.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa ⁷	\$130.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa ⁷	\$130.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial ⁷	\$130.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial ⁷	\$130.00
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio) ⁷	\$50.00
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio) ⁷	\$50.00
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el consultorio) ⁷	\$45.00
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el consultorio) ⁷	\$45.00
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio) ⁷	\$150.00
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio) ⁷	\$150.00
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en el laboratorio) ⁷	\$150.00
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en el laboratorio) ⁷	\$150.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar - <i>se limita a la colocación inicial de la dentadura postiza parcial provisional/placa de sujeción para reemplazar los dientes anteriores extraídos durante la cicatrización</i> ¹	\$55.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular - <i>limitado a la colocación inicial de la dentadura postiza parcial provisional/placa de sujeción para reemplazar los dientes anteriores extraídos durante la cicatrización</i> ¹	\$55.00
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar ¹	\$30.00
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular ¹	\$30.00

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES - sin cobertura

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE - sin cobertura

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

D6210	Pónico - molde con alto contenido de metal noble ⁴	\$425.00
D6211	Pónico - molde de metal base principalmente ⁴	\$325.00
D6212	Pónico - molde de metal noble ⁴	\$325.00
D6240	Pónico - porcelana fundida con alto contenido de metal noble ^{2,4}	\$425.00
D6241	Pónico - porcelana fundida con metal base principalmente ^{2,4}	\$325.00
D6242	Pónico - porcelana fundida con metal noble ^{2,4}	\$325.00
D6243	Pónico - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$325.00
D6245	Pónico - porcelana/cerámica ^{2,4}	\$425.00
D6250	Pónico - resina con alto contenido de metal noble ^{2,4}	\$425.00
D6251	Pónico - resina con metal base principalmente ^{2,4}	\$325.00
D6252	Pónico - resina con metal noble ^{2,4}	\$325.00
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies ^{2,4}	\$425.00
D6601	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies ^{2,4}	\$425.00
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies ^{4,5}	\$270.00
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies ^{4,5}	\$280.00
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies ⁴	\$270.00
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies ⁴	\$280.00
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies ^{4,5}	\$270.00
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies ^{4,5}	\$280.00
D6608	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies ^{2,4}	\$425.00
D6609	Restauración onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies ^{2,4}	\$425.00
D6610	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies ^{4,5}	\$270.00
D6611	Restauración onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies ^{4,5}	\$290.00
D6612	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, dos superficies ⁴	\$270.00
D6613	Restauración onlay de retención - molde de metal base principalmente, tres o más superficies ⁴	\$290.00
D6614	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies ⁴	\$270.00

D6615	Restauración onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies ⁴	\$290.00
D6720	Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble ^{2,4}	\$425.00
D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente ^{2,4}	\$325.00
D6722	Corona de retención - resina con metal noble ^{2,4}	\$325.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica ^{2,4}	\$425.00
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble ^{2,4}	\$425.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente ^{2,4}	\$325.00
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble ^{2,4}	\$325.00
D6753	Corona de retención - porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	\$425.00
D6780	Corona de retención - $\frac{3}{4}$ de molde con alto contenido de metal noble ⁴	\$425.00
D6781	Corona de retención - $\frac{3}{4}$ de molde de metal base principalmente ⁴	\$325.00
D6782	Corona de retención - $\frac{3}{4}$ de molde de metal noble ⁴	\$325.00
D6784	Corona de retención $\frac{3}{4}$ - titanio y aleaciones de titanio	\$425.00
D6790	Corona de retención - molde con alto contenido de metal noble ⁴	\$425.00
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente ⁴	\$325.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble ⁴	\$325.00
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$30.00
D6940	Dispositivo dental para el estrés	\$50.00
D6980	Arreglo de dentadura postiza parcial fija por falla del material restaurador	\$50.00

D7000-D7999 X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

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

D7111	Extracción, restos de corona - dientes primarios	\$35.00
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps)	\$35.00
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado	\$65.00
D7220	Extracción de un diente traumatizado - tejido blando	\$65.00
D7230	Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo parcial	\$65.00
D7240	Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total	\$65.00
D7241	Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$65.00
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)	\$65.00

D7251	Coronectomía - extracción parcial intencional de un diente	\$65.00
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal - blando - <i>no incluye procedimientos de patología en el laboratorio</i>	\$65.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$50.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$50.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$65.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$65.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$65.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intrabucal	\$35.00
D7922	colocación de vendaje biológico encajado para asistir en la hemostasis o estabilización del coágulo, por sitio	Sin costo
D7961	Fractura bucal/labial (frenulectomía)	\$65.00
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$65.00

D8000-D8999 XI. ORTODONCIA - sin cobertura

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor de dientes - procedimiento menor	\$35.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	Sin costo
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	Sin costo
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico distinto al dentista o médico que lo solicita	\$35.00
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud	Sin costo
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual) - no se brindan otros servicios	\$5.00
D9440	Visita al consultorio - después del horario habitual	\$50.00
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	Sin costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	Sin costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	Sin costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	Sin costo
D9986	Cita perdida - <i>sin aviso de cancelación con 24 horas de anticipación - por 15 minutos de duración de la cita - hasta un límite máximo general de \$40.00</i>	\$15.00
D9987	Cita cancelada - <i>sin aviso de cancelación con 24 horas de anticipación - por 15 minutos de duración de la cita - hasta un límite máximo de \$40.00</i>	\$15.00
D9990	Traducción certificada o servicios de lenguaje de señas -	Sin costo

	por visita	
D9991	Gestión de casos dentales - obstáculos en el cumplimiento de las citas	Sin costo
D9992	Gestión de casos dentales - coordinación de la atención	Sin costo
D9995	Teleodontología - síncrona; servicios en tiempo real	Sin costo
D9996	Teleodontología - asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior	Sin costo
D9997	Manejo de caso dental – pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud	Sin costo

NOTAS AL PIE

- 1 *Una vez colocada, incluye acondicionamiento de tejidos y ajustes, si es necesario, durante los primeros seis meses después de su colocación, si el Afiliado mantiene su elegibilidad y recibe el servicio en el centro del Dentista Contratado donde se colocó dicha dentadura postiza por primera vez.*
- 2 *La porcelana y otros materiales del color del diente para muelas se consideran mejora de materiales con un cargo adicional máximo para el afiliado de \$150.*
- 3 *El reemplazo está sujeto a una limitación que requiere que la dentadura postiza existente tenga 5 años o más.*
- 4 *El reemplazo se encuentra sujeto a una limitación que requiere que el puente existente tenga 5 años o más.*
- 5 *El Beneficio es con metal base o noble. Se cobrará un cargo adicional de hasta \$100.00 por la mejora de cada diente si las incrustaciones inlay, las restauraciones onlay o el perno-muñón se fabrican indirectamente con alto contenido de metal noble.*
- 6 *El reemplazo está sujeto a una limitación que requiere que la restauración existente tenga 5 años o más.*
- 7 *Se limita a 1 por dentadura postiza durante un periodo de 12 meses consecutivos.*

LISTA B

Limitaciones de los Beneficios

1. Una serie de radiografías de toda la boca (incluidas cualquier combinación de radiografías periapicales o de mordida con una radiografía panorámica) o una serie de siete o más radiografías de mordida vertical se limita a una serie cada 24 meses.
2. Las radiografías de mordida se limitan a no más de una serie de cuatro radiografías en cualquier periodo de seis meses.
3. Los moldes para diagnóstico se limitan a una ayuda para el diagnóstico realizado por el Dentista Contratado para los beneficios cubiertos.
4. La profilaxis o el mantenimiento periodontal se limita a un procedimiento cada periodo de seis meses.
5. Las amalgamas y los empastes compuestos son beneficios para arreglos por caries, arreglos menores de la estructura de los dientes o sustitución de una restauración perdida o en mal estado.
6. La colocación de una corona, incrustaciones inlay o restauraciones onlay son beneficios que se brindan cuando la estructura del diente no es suficiente para dar soporte a un empaste. El reemplazo de una corona, incrustación inlay o restauración onlay existente que no sea funcional ni se pueda reparar es un beneficio cuando la restauración existente tiene cinco años o más.
7. Las incrustaciones inlay y las restauraciones onlay metálicas y el perno-muñón fabricado indirectamente con metal base o noble que tienen cobertura se encuentran disponibles con los copagos asignados. Si el Afiliado elige usar alto contenido de metal noble, el límite máximo del cargo adicional de esta mejora de material es de \$100.00 por diente.
8. Para las muelas, las incrustaciones inlay, las restauraciones onlay, las coronas o las unidades de una dentadura postiza parcial fija (puente) que tienen cobertura son de metal, sin porcelana ni ningún otro material del color de los dientes. Si usted elige porcelana, porcelana fundida con metal, resina o resina con metal en su lugar, el límite máximo del cargo adicional para esta mejora del material del color de los dientes es de \$150.00 por muela.
9. Si también elige un margen de porcelana para una corona de porcelana fundida con metal que cuenta con cobertura, el límite máximo del cargo adicional para esta mejora de laboratorio es de \$75.00.
10. La cobertura de la colocación de una dentadura postiza parcial fija (“puente”) se limita a lo siguiente:
 - a. Colocación inicial de un puente cuando existen todas las condiciones enumeradas a continuación:
 - un único diente permanente necesita un reemplazo protésico;
 - el diente de soporte puede sostener y retener un nuevo puente;
 - el diente faltante no se puede reemplazar agregando un diente protésico a una dentadura postiza parcial extraíble existente que se pueda reparar;

– ningún otro diente faltante en el mismo arco dentario necesita un reemplazo protésico con una nueva dentadura postiza parcial extraíble; y (*para un puente que reemplaza a un diente posterior*) uno o más de los dientes de soporte cumplen con la Limitación N.º 6.

b. Reemplazo de un puente existente que no se puede reparar porque está careado, fracturado o tiene algún otro defecto no estético, si:

- el puente existente tiene al menos cinco años; **y**
- el mismo diente de soporte puede sostener y retener un nuevo puente; **y**
- ningún otro diente faltante en el mismo arco dentario necesita un reemplazo protésico.

11. La cobertura de una nueva dentadura postiza parcial o completa extraíble se limita a lo siguiente:

a. Colocación inicial de una dentadura postiza parcial o completa extraíble en un arco dentario cuando:

- uno o más dientes permanentes requieren un reemplazo protésico; **y**
- el diente o los dientes faltantes no se pueden reemplazar agregando un diente protésico a una dentadura postiza parcial extraíble existente que se pueda reparar; **y**
- (solo para dentaduras postizas parciales) existen dientes de soporte que pueden sostener y retener una dentadura postiza parcial extraíble.

b. Reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa extraíble existente que tenga defectos no estéticos que causen que ésta no se pueda reparar si:

- la dentadura postiza extraíble existente tiene al menos cinco años; **y**
- no es posible hacer arreglos, ajustes, recubrimientos ni rebasados a la dentadura postiza extraíble existente para hacerla utilizable.

12. Los recubrimientos directos o indirectos de la pulpa se consideran un beneficio únicamente cuando se los coloca en un diente permanente vital con ápice abierto o en un diente primario vital.

13. La pulpotomía terapéutica de un diente permanente se limita al tratamiento paliativo cuando el Dentista Contratado no realiza un tratamiento de conducto radicular.

14. La limpieza de sarro periodontal y alisado radicular se limitan a cuatro cuadrantes durante cualquier periodo de 12 meses.

15. El desbridamiento de la boca completa (sarro visible) se limita a un tratamiento en cualquier periodo de 12 meses.

16. El revestimiento, el rebasado y el acondicionamiento de tejidos se limitan a uno por dentadura postiza durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos.

17. Las dentaduras postizas parciales provisionales (prótesis parciales de acrílico), junto con los aparatos fijos o extraíbles, se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos a adultos durante un periodo de recuperación cuando no sea posible agregarlos a una dentadura postiza parcial existente.
18. La frenectomía es un beneficio sólo cuando provoca una movilidad limitada de la lengua, un gran diastema entre los dientes o interfiere con un aparato protésico.
19. Los beneficios para un programa de manejo de tejidos blandos están limitados a esas partes, que se mencionan como servicios cubiertos en la Lista A. Si un Afiliado rechaza los servicios no cubiertos dentro de un programa de manejo de tejidos blandos, esto no elimina ni modifica otros beneficios cubiertos.
20. Una vez colocada, una nueva dentadura postiza parcial, completa o inmediata extraíble incluye ajustes y el acondicionamiento de tejidos sin costo adicional durante los primeros seis meses siguientes si mantiene su elegibilidad y recibe el servicio en el centro del Dentista Contratado donde se colocó dicha dentadura postiza por primera vez.
21. Un Procedimiento opcional se define como todo procedimiento alternativo presentado por un Dentista Contratado que satisface la misma necesidad dental que un procedimiento cubierto y que Usted elige y está sujeto a las limitaciones y exclusiones del Programa. El cargo que usted debe pagar equivale a la diferencia entre los “cargos registrados” del Dentista Contratado para el procedimiento opcional y el procedimiento cubierto. El tratamiento opcional no se aplica cuando las opciones alternativas son beneficios.

Los “cargos registrados” son los cargos del Dentista Contratado estipulados ante Delta Dental. Si tiene alguna pregunta con respecto a estos cargos, comuníquese al Departamento de Servicio al Cliente al 800-422-4234.

Exclusiones de los beneficios

1. Todos los procedimientos no enumerados en la Lista A, descripción de beneficios y copagos .
2. Enfermedades dentales derivadas de su empleo o debidas a éste, para las cuales se paga una indemnización laboral. Servicios que Usted recibe del gobierno estatal o de una agencia del mismo, o que cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión proporcione sin costo, a excepción de lo estipulado en la sección 1373(a) del Código de Salud y Seguridad de California.
3. Cualquier cargo relacionado con la admisión, el uso o la estadía en un hospital, centro de cirugía para pacientes ambulatorios, centro de atención a largo plazo u otro centro de atención similar.
4. Pérdida o robo de dentaduras postizas completas o parciales, separadores, coronas y dentaduras postizas fijas parciales (puentes).
5. Los gastos dentales relacionados con cualquier procedimiento dental que se haya iniciado después del término de la elegibilidad para recibir cobertura.
6. Los gastos dentales relacionados con cualquier procedimiento dental que se haya iniciado antes de que fuera elegible para el Programa DHMO. Los ejemplos incluyen: preparación de los dientes para coronas y conductos radiculares en progreso.
7. Malformaciones congénitas.

8. Entrega de medicamentos que normalmente no se administran en un centro dental.
9. Según la opinión profesional del Dentista Contratado o nuestro dentista asesor, todo procedimiento que:
 - a. presente un pronóstico poco favorable de tener un resultado satisfactorio y una duración razonable a partir del estado del diente o de los dientes o de las estructuras circundantes,
o
 - b. no siga las normas generalmente aceptadas de la práctica dental.
10. Servicios dentales recibidos en cualquier centro dental que no sea del Dentista Contratado y asignado, incluye los servicios de un especialista dental, a menos que Delta Dental lo autorice expresamente por escrito o según se estipule en servicios de emergencia. Para obtener una autorización por escrito, debe llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 800-422-4234.
11. Consultas por beneficios no cubiertos.
12. Colocación de implantes o extracción de aparatos colocados o servicios relacionados con los implantes que incluyen, entre otros, la profilaxis y el tratamiento periodontal.
13. Restauraciones colocadas únicamente por motivos estéticos, abrasión, atrición, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, o por malformaciones dentales congénitas o del desarrollo.
14. Aparatos o restauraciones necesarios para aumentar la dimensión vertical, sustituir o estabilizar la pérdida de estructura dentaria por atrición, realineación de dientes, ferulización periodontal, modelados gnatólogicos, equilibrio o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
15. Un plan de tratamiento inicial que implique la extracción y el restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con coronas, restauraciones onlay, dentaduras postizas parciales fijas (puentes) o cualquier combinación de estos se considera una reconstrucción bucal completa en virtud del Programa de la Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO, por sus siglas en inglés). Las coronas, restauraciones onlay y dentaduras postizas parciales fijas relacionadas con un plan de tratamiento de ese tipo no se consideran beneficios cubiertos. Esta exclusión no afecta ningún otro Beneficio.
16. Metal precioso para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, dientes de soporte de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (overlays, implantes y aparatos relacionados con estos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.
17. Extracción de dientes, cuando los dientes son asintomáticos o no patológicos (no se observan signos ni síntomas de patología ni infección), incluidos, entre otros, la extracción de terceras muelas o extracciones de ortodoncia.
18. Tratamiento o aparatos que proporcione un dentista especializado en servicios de prostodoncia.

19. Lesión accidental. Una lesión accidental se define como un daño en el tejido duro y blando de la cavidad bucal producido por fuerzas externas a la boca. Los daños de los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal producidos por la función masticatoria (morder) normal se cubrirán según la lista de beneficios normal.
20. Tratamiento de los dientes primarios retenidos.
21. Servicios de especialidad recibidos de un ortodoncista o dentista pediátrico.
22. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista con la licencia correspondiente. La Ortodoncia autoadministrada no está cubierta.
23. La remoción de aparatos de ortodoncia fijos - que no sea por la finalización del tratamiento - no es un beneficio cubierto.