

LISTA A

Descripción de beneficios y copagos

Los beneficios que se presentan a continuación se proporcionan conforme sea necesario, y según los considere necesarios el dentista contratado; además, están sujetos a las limitaciones y exclusiones del programa. Consulte la *Lista B* para obtener una explicación más detallada de los beneficios. **Los afiliados deberán discutir todas las opciones de tratamiento con su dentista contratado antes de que se les proporcionen los servicios.**

El texto en cursiva a continuación tiene como finalidad específica aclarar la prestación de beneficios bajo el programa de la Organización para el mantenimiento de la salud dental (DHMO, por sus siglas en inglés) y no se debe interpretar como códigos de procedimientos, descriptores o nomenclatura del nomenclador dental actual (CDT, por sus siglas en inglés), CDT-2026, que está bajo derechos de autor de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés). La ADA puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones del CDT. Dichos códigos actualizados, descriptores y nomenclatura pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de acuerdo con la legislación federal.

<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>EL AFILIADO PAGA</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 3 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 es una consulta posoperatoria)	Sin costo
D0171	Reevaluación: consulta posoperatoria en el consultorio	\$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	Serie completa de radiografías intraorales: <i>se limita a una serie cada 24 meses</i>	Sin costo
D0220	Primera radiografía periapical intraoral	Sin costo
D0230	Cada radiografía periapical intraoral adicional	Sin costo
D0240	Radiografía oclusal intraoral	Sin costo
D0270	Radiografía de aleta de mordida, una sola radiografía	Sin costo

D0272	Radiografías de aleta de mordida, dos radiografías	Sin costo
D0273	Radiografías de aleta de mordida, tres radiografías	Sin costo
D0274	Radiografías de aleta de mordida, cuatro radiografías: <i>se limita a una serie cada 6 meses</i>	Sin costo
D0330	Radiografía panorámica	Sin costo
D0396	Impresión 3D de una exploración de la superficie dental en 3D	Sin costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición: <i>una cada 12 meses</i>	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin costo
D0461	Prueba para detectar un diente roto	Sin costo
D0470	Moldes para diagnóstico	Sin costo
D0472	Toma de tejidos, examen general, preparación y entrega del informe escrito	Sin costo
D0473	Toma de tejidos, examen general y microscópico, preparación y entrega del informe escrito	Sin costo
D0474	Toma de tejidos, examen general y microscópico, incluida la evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar enfermedades; preparación y entrega del informe escrito	Sin costo
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo bajo, <i>una cada 12 meses</i>	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo moderado, <i>una cada 12 meses</i>	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo alto, <i>una cada 12 meses</i>	Sin costo
D0701	Radiografía panorámica, solo captura de imagen	Sin costo
D0702	Radiografía cefalométrica 2D, solo captura de imagen	Sin costo
D0703	Imagen fotográfica 2D oral o facial obtenida de manera intraoral o extraoral, solo captura de imagen	Sin costo
D0705	Radiografía dental posterior extraoral, solo captura de imagen	Sin costo
D0706	Radiografía intraoral oclusal, solo captura de imagen	Sin costo
D0707	Radiografía intraoral periapical, solo captura de imagen	Sin costo
D0708	Radiografía intraoral de aleta de mordida, solo captura de imagen	Sin costo
D0709	Serie completa de radiografías intraorales, solo captura de imagen	Sin costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe, <i>incluye visitas al consultorio, por consulta (además de otros servicios)</i>	\$5.00

D1000-D1999 II. SERVICIOS PREVENTIVOS

D1110	<i>Limpieza profiláctica: adulto, un procedimiento D1110, D1120 o D4346 por periodo de 6 meses</i>	\$15.00
D1330	Instrucciones sobre la higiene oral	Sin costo
D1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante	\$100.00
D1516	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar	\$150.00
D1517	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular	\$150.00
D1520	Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral, por cuadrante	\$100.00
D1526	Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar	\$150.00
D1527	Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, mandibular	\$150.00
D1551	Recementación o readhesión del mantenedor de espacio bilateral, maxilar	\$10.00
D1552	Recementación o readhesión del mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$10.00
D1553	Recementación o readhesión del mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	\$10.00
D1556	Extracción del mantenedor de espacio fijo unilateral, por cuadrante	\$10.00
D1557	Extracción del mantenedor de espacio fijo bilateral, maxilar	\$10.00
D1558	Extracción del mantenedor de espacio fijo bilateral, mandibular	\$10.00
D1575	Zapata distal, fija, unilateral, por cuadrante, <i>para niños hasta los 9 años</i>	\$100.00

D2000-D2999 III. SERVICIOS DE RESTAURACIÓN

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

**Las coronas o los pónicos de marca, los procesados en el laboratorio o en el consultorio mediante técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los \$325.00 además del copago mencionado en la lista. Consulte las limitaciones y exclusiones de los beneficios para obtener información adicional.*

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	Resina compuesta, una superficie, dientes anteriores (<i>del color del diente</i>)	\$55.00

D2331	Resina compuesta, dos superficies, dientes anteriores (<i>del color del diente</i>)	\$65.00
D2332	Resina compuesta, tres superficies, dientes anteriores (<i>del color del diente</i>)	\$75.00
D2335	Resina compuesta, cuatro o más superficies (dientes anteriores) (<i>del color del diente</i>)	\$85.00
D2390	Corona de resina compuesta, dientes anteriores	\$85.00
D2391	Resina compuesta, una superficie, dientes posteriores (<i>del color del diente</i>)	\$75.00
D2392	Resina compuesta, dos superficies, dientes posteriores (<i>del color del diente</i>)	\$80.00
D2393	Resina compuesta, tres superficies, dientes posteriores (<i>del color del diente</i>)	\$85.00
D2394	Resina compuesta, cuatro o más superficies, dientes posteriores (<i>del color del diente</i>)	\$95.00
D2510	Incrustación inlay, metálica, una superficie ^{1, 4}	\$260.00
D2520	Incrustación inlay, metálica, dos superficies ^{1, 4}	\$270.00
D2530	Incrustación inlay, metálica, tres o más superficies ^{1, 4}	\$280.00
D2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies ^{1, 4}	\$270.00
D2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies ^{1, 4}	\$290.00
D2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies ^{1, 4}	\$300.00
D2610	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, una superficie ^{4, 5}	\$360.00
D2620	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, dos superficies ^{4, 5}	\$370.00
D2630	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, tres o más superficies ^{4, 5}	\$380.00
D2642	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, dos superficies ^{4, 5}	\$370.00
D2643	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, tres superficies ^{4, 5}	\$390.00
D2644	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, cuatro o más superficies ^{4, 5}	\$400.00
D2650	Incrustación inlay, resina compuesta, una superficie (<i>del color del diente</i>) ^{4, 5}	\$260.00
D2651	Incrustación inlay, resina compuesta, dos superficies (<i>del color del diente</i>) ^{4, 5}	\$270.00
D2652	Incrustación inlay, resina compuesta, tres o más superficies (<i>del color del diente</i>) ^{4, 5}	\$280.00
D2662	Incrustación onlay, resina compuesta, dos superficies (<i>del color del diente</i>) ^{4, 5}	\$270.00
D2663	Incrustación onlay, resina compuesta, tres superficies (<i>del color del diente</i>) ^{4, 5}	\$280.00
D2664	Incrustación onlay, resina compuesta, cuatro o más superficies (<i>del color del diente</i>) ^{4, 5}	\$300.00

D2710	Corona, resina compuesta (indirecta) ^{4,5}	\$125.00
D2712	Corona, 3/4 de resina compuesta (indirecta) ^{4,5}	\$125.00
D2720	Corona, resina con alto contenido de metal noble ^{4,5}	\$425.00
D2721	Corona, resina con metal base principalmente ^{4,5}	\$325.00
D2722	Corona, resina con metal noble ^{4,5}	\$325.00
D2740	Corona, porcelana o cerámica ^{4,5}	\$425.00
D2750	Corona, porcelana fundida a metal con alto contenido de metal noble ^{4,5}	\$425.00
D2751	Corona, porcelana fundida a metal base principalmente ^{4,5}	\$325.00
D2752	Corona, porcelana fundida a metal noble ^{4,5}	\$325.00
D2753	Corona, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$425.00
D2780	Corona, 3/4 de molde con alto contenido de metal noble ⁴	\$425.00
D2781	Corona, 3/4 de molde de metal base principalmente ⁴	\$325.00
D2782	Corona, 3/4 de molde de metal noble ⁴	\$325.00
D2790	Corona, molde completo con alto contenido de metal noble ⁴	\$425.00
D2791	Corona, molde completo de metal base principalmente ⁴	\$325.00
D2792	Corona, molde completo de metal noble ⁴	\$325.00
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio ⁴	\$425.00
D2910	Recementación o readhesión de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla 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 del diente</i>)	\$85.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana o cerámica, diente permanente	\$80.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	\$80.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional	\$20.00
D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	\$50.00
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas espigas, cuando se requieran	\$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 preparación del conducto</i> ¹	\$95.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente; <i>incluye la preparación del conducto</i> ¹	\$50.00
D2954	Perno-muñón prefabricado además de la corona, <i>perno de metal base; incluye la preparación del conducto</i>	\$70.00
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural	Sin costo
D2957	Cada perno adicional prefabricado (mismo diente): <i>perno de metal base; incluye la preparación del conducto</i>	\$45.00
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que se ajuste a la estructura de apoyo existente de una dentadura postiza parcial.	\$65.00
D2976	Estabilización de banda, por diente, <i>se limita a una vez por diente de por vida</i>	\$37.00
D2980	Arreglo de corona necesario por falla del material restaurador	\$50.00
D2981	Arreglo de incrustación inlay necesario por falla del material restaurador	\$50.00
D2982	Arreglo de incrustación onlay necesario por falla del material restaurador	\$50.00
D2983	Arreglo de la carilla necesario por falla del material restaurador	\$50.00
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad	Sin costo
D3000-D3999	IV. SERVICIOS DE 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 para la unión dentinocementaria y aplicación de medicamento	Sin costo
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	\$45.00
D3222	Pulpotomía parcial para el génesis del ápice: diente permanente con desarrollo radicular incompleto	Sin costo
D3310	<i>Conducto radicular:</i> tratamiento endodóntico, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	\$180.00
D3320	<i>Conducto radicular:</i> tratamiento endodóntico, dientes premolares (no incluye la restauración final)	\$230.00
D3330	<i>Conducto radicular:</i> tratamiento endodóntico, diente molar (no incluye la restauración final)	\$375.00

D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular, sin acceso quirúrgico	\$180.00
D3332	Tratamiento endodóntico incompleto, diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$180.00
D3346	Tratamiento posterior a un tratamiento del conducto radicular previo, dientes anteriores	\$280.00
D3347	Tratamiento posterior a un tratamiento del conducto radicular previo, premolares	\$330.00
D3348	Tratamiento posterior a un tratamiento del conducto radicular previo, molares	\$475.00
D3410	Apicectomía, dientes anteriores	\$270.00
D3421	Apicectomía, premolares (primera raíz)	\$335.00
D3425	Apicectomía, molares (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>no está cubierta si se realiza junto con una hemisección</i>	\$75.00
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, dientes anteriores	\$270.00
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, dientes premolares	\$270.00
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, molares	\$270.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni arreglo de la reabsorción radicular: dientes anteriores	\$270.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni arreglo de la reabsorción radicular, premolares	\$270.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni arreglo de la reabsorción radicular, molares	\$270.00
D4000-D4999	V. PERIODONCIA	
<i>- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.</i>		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	\$260.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	\$50.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	Sin costo
D4240	Procedimiento de colgajo gingival; incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	\$300.00

D4241	Procedimiento de colgajo gingival; incluye alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	\$300.00
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y el cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	\$450.00
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y el cierre), de uno a tres dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	\$450.00
D4341	Limpieza de sarro y alisado radicular periodontal, cuatro o más dientes por cuadrante, <i>limitado a 4 cuadrantes durante cualquier período de 12 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4342	Limpieza de sarro y alisado radicular periodontal, de uno a tres dientes por cuadrante, <i>limitado a 4 cuadrantes durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada de moderada o grave, toda la boca, después de una evaluación de la boca, <i>un procedimiento D1110, D1120 o D4346 por periodo de 6 meses</i>	\$20.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir la evaluación periodontal completa y dar un diagnóstico en una consulta posterior: <i>se limita a un tratamiento en cualquier periodo de 12 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4910	Mantenimiento periodontal: <i>se limita a un tratamiento por periodo de 6 meses</i>	\$45.00
D4921	Irrigación gingival con medicamento, por cuadrante	Sin costo
D5000-D5899	VI. PROSTODONCIA (piezas extraíbles)	
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar ^{6,7}	\$395.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular ^{6,7}	\$395.00
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar ^{6,7}	\$495.00
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular ^{6,7}	\$495.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina, incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes) ^{6,7}	\$300.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina, incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes) ^{6,7}	\$300.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, molde para estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes) ^{6,7}	\$425.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, molde para estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes) ^{6,7}	\$425.00
D5221	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar, base de resina (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes)	\$300.00

D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes)	\$300.00
D5223	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar, molde para estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes)	\$425.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, molde para estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes)	\$425.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes). Los aparatos protésicos se reemplazarán solo después de que hayan transcurrido cinco años desde el momento de que se hayan colocado ^{6,7}	\$475.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes) ^{6,7}	\$475.00
D5227	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar, base flexible (incluye cualquier gancho, soporte y dientes)	\$300.00
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye cualquier gancho, soporte y diente)	\$300.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar ⁶	\$20.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular ⁶	\$20.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar ⁶	\$20.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular ⁶	\$20.00
D5511	Arreglo de base de la dentadura postiza completa fracturada, mandibular	\$50.00
D5512	Arreglo de base de la dentadura postiza completa fracturada, maxilar	\$50.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (por diente)	\$25.00
D5611	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, mandibular	\$50.00
D5612	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar	\$50.00
D5621	Arreglo del molde para estructura parcial, mandibular	\$90.00
D5622	Arreglo del molde para estructura parcial, maxilar	\$90.00
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de retención o sujeción rotos, por diente	\$45.00
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos con dentadura postiza parcial, por diente	\$25.00
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente, por diente	\$45.00

D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, por diente	\$45.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar ²	\$130.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular ²	\$130.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar ²	\$130.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular ²	\$130.00
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	\$130.00
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (durante la consulta) ²	\$50.00
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (durante la consulta) ²	\$50.00
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (durante la consulta) ²	\$45.00
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (durante la consulta) ²	\$45.00
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el laboratorio) ²	\$150.00
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el laboratorio) ²	\$150.00
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio) ²	\$150.00
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio) ²	\$150.00
D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecto	\$150.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes), maxilar, <i>se limita a la colocación inicial de la dentadura postiza parcial temporal o prótesis provisional durante la cicatrización para reemplazar los dientes anteriores extraídos</i> ⁶	\$55.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluye los materiales de retención o sujeción, soportes y dientes), mandibular, <i>se limita a la colocación inicial de la dentadura postiza parcial temporal o prótesis provisional durante la cicatrización para reemplazar los dientes anteriores extraídos</i> ⁶	\$55.00
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar ⁶	\$30.00
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular ⁶	\$30.00
D5900-D5999	VII. SERVICIOS PROTÉSICOS: no están cubiertos	
D6000-D6199	VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES: no están cubiertos	
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 ³	\$425.00

D6211	Póntico, molde de metal base principalmente ³	\$325.00
D6212	Póntico, molde de metal noble ³	\$325.00
D6240	Póntico, porcelana fundida a metal con alto contenido de metal noble ^{3,5}	\$425.00
D6241	Póntico, porcelana fundida a metal base principalmente ^{3,5}	\$325.00
D6242	Póntico, porcelana fundida a metal noble ^{3,5}	\$325.00
D6243	Póntico, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$325.00
D6245	Póntico, porcelana o cerámica ^{3,5}	\$425.00
D6250	Póntico, resina con alto contenido de metal noble ^{3,5}	\$425.00
D6251	Póntico, resina con metal base principalmente ^{3,5}	\$325.00
D6252	Póntico, resina con metal noble ^{3,5}	\$325.00
D6600	Incrustación inlay de retención, porcelana o cerámica, dos superficies ^{3,5}	\$425.00
D6601	Incrustación inlay de retención, porcelana o cerámica, tres o más superficies ^{3,5}	\$425.00
D6602	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies ^{1,3}	\$270.00
D6603	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies ^{1,3}	\$280.00
D6604	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies ³	\$270.00
D6605	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies ³	\$280.00
D6606	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, dos superficies ^{1,3}	\$270.00
D6607	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies ^{1,3}	\$280.00
D6608	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, dos superficies ^{3,5}	\$425.00
D6609	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, tres o más superficies ^{3,5}	\$425.00
D6610	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies ^{1,3}	\$270.00
D6611	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies ^{1,3}	\$290.00
D6612	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies ³	\$270.00
D6613	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies ³	\$290.00

D6614	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, dos superficies ³	\$270.00
D6615	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies ³	\$290.00
D6720	Corona de retención, resina con alto contenido de metal noble ^{3,5}	\$425.00
D6721	Corona de retención, resina con metal base principalmente ^{3,5}	\$325.00
D6722	Corona de retención, resina con metal noble ^{3,5}	\$325.00
D6740	Corona de retención, porcelana o cerámica ^{3,5}	\$425.00
D6750	Corona de retención, porcelana fundida a metal con alto contenido de metal noble ^{3,5}	\$425.00
D6751	Corona de retención, porcelana fundida a metal base principalmente ^{3,5}	\$325.00
D6752	Corona de retención, porcelana fundida a metal noble ^{3,5}	\$325.00
D6753	Corona de retención, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$425.00
D6780	Corona de retención, 3/4 de molde con alto contenido de metal noble ³	\$425.00
D6781	Corona de retención, 3/4 de molde de metal base principalmente ³	\$325.00
D6782	Corona de retención, 3/4 de molde de metal noble ³	\$325.00
D6784	Corona de retención, 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	\$425.00
D6790	Corona de retención, molde completo con alto contenido de metal noble ³	\$425.00
D6791	Corona de retención, molde completo de metal base principalmente ³	\$325.00
D6792	Corona de retención, molde completo de metal noble ³	\$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 necesario 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 coroneales: diente primario	\$35.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (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 la raíz residual del diente (procedimiento de corte)	\$65.00
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente, solo dientes traumatizados	\$65.00
D7284	Biopsia por extirpación de glándulas salivales menores: <i>no incluye procedimientos de patología en el laboratorio</i>	\$65.00
D7286	Biopsia incisional de tejido oral, blando, <i>no incluye procedimientos de patología en el laboratorio</i>	\$65.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$50.00
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$50.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$65.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$65.00
D7471	Extracción de exostosis lateral (hueso maxilar o mandíbula)	\$65.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$35.00
D7922	Colocación de vendaje biológico encajado para ayudar en la hemostasis o la estabilización del coágulo, por sitio	Sin costo
D7961	Frenectomía bucal o labial (frenulectomía)	Sin costo
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin costo
D8000-D8999	XI. SERVICIOS DE ORTODONCIA: no están cubiertos	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES ADICIONALES	
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta	\$35.00
D9211	Anestesia regional	Sin costo
D9212	Anestesia para bloquear el nervio trigémino	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	Sin costo

D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general, limitado a una cada 12 meses	Sin costo
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico diferente del dentista o médico solicitante	\$35.00
D9311	Consulta con un profesional médico del cuidado de la salud	Sin costo
D9430	Visita al consultorio para observación (en el horario de atención habitual), sin que se proporcionen otros servicios	\$5.00
D9440	Visita al consultorio, después del horario de atención habitual	\$50.00
D9912	Revisión del paciente previa a la consulta	\$0.00
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 dar aviso 24 horas antes, por cada 15 minutos del tiempo de la cita; hasta un límite máximo total de \$40.00</i>	\$15.00
D9987	Cita cancelada: <i>sin dar aviso 24 horas antes, por cada 15 minutos del tiempo de la cita; hasta un límite máximo total de \$40.00</i>	\$15.00
D9990	Servicios de traducción certificada o de lengua de señas, por consulta	Sin costo
D9991	Administración de casos dentales: abordar los obstáculos que impiden cumplir con las citas	Sin costo
D9992	Administración de casos dentales: coordinación de la atención	Sin costo
D9995	Teleodontología, sincrónica, encuentro en tiempo real	Sin costo
D9996	Teleodontología, asincrónica; la información se almacena y envía al dentista para su revisión posterior	Sin costo
D9997	Administración de casos dentales: pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud	Sin costo

NOTAS AL PIE

¹ *El beneficio cubre el uso de metal base o noble. Si una incrustación inlay, onlay o un perno-muñón fabricado de manera indirecta se elaboran a partir de metal con alto contenido de metal noble, se cobrará un cargo adicional de hasta \$100.00 por diente por la mejora.*

² *Se limita a una dentadura postiza durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos.*

³ *El reemplazo está sujeto a una limitación que requiere que el puente actual tenga más de 5 años.*

- ⁴ *El reemplazo está sujeto a una limitación que requiere que la restauración actual tenga más de 5 años.*
- ⁵ *La aplicación de porcelana y otros materiales del color del diente en los molares se consideran mejoras de material, las cuales tienen un cargo adicional máximo para el afiliado de \$150.00.*
- ⁶ *Los cargos por servicios de ajuste y acondicionamiento del tejido, realizados dentro de los 6 meses posteriores a la entrega de una dentadura postiza estándar, o dentro de los 3 meses de la entrega de una dentadura postiza inmediata, están incluidos en el cargo por los servicios para dentaduras postizas siempre que usted siga siendo elegible y que el servicio se proporcione en el centro del dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.*
- ⁷ *El reemplazo está sujeto a una limitación que requiere que la dentadura postiza actual tenga más de 5 años.*

LISTA B

Limitaciones y exclusiones de los beneficios

1. Una serie de radiografías de toda la boca (incluida cualquier combinación de radiografías periapicales o de aleta de mordida con una radiografía panorámica) o una serie de siete o más radiografías de aleta de mordida verticales que se limitan a una serie cada 24 meses.
2. Las radiografías de aleta de mordida se limitan a no más de una serie de cuatro radiografías en cualquier periodo de 6 meses.
3. La limpieza de una dentadura postiza es un beneficio solo cuando el paciente está completamente sin dientes. Si está parcialmente sin dientes, este servicio se incluye en el cargo del procedimiento D1110, D1120, D4346 o D4910.
4. Los moldes para diagnóstico son únicamente para ayudar al dentista contratado en el diagnóstico a fin de brindar los beneficios cubiertos.
5. La profilaxis o el mantenimiento periodontal se limita a un procedimiento cada período de 6 meses.
6. Las amalgamas y resinas compuestas son beneficios para la extracción del decaimiento, para arreglos menores de la estructura de los dientes o para el reemplazo de una restauración perdida o deteriorada.
7. Los beneficios se limitan a una serie completa de radiografías intraorales (D0210) o a una radiografía panorámica (D0330) en el periodo de limitaciones de frecuencia especificado por el plan. Las radiografías completas intraorales pueden incluir cualquier combinación de radiografías periapicales o de aleta de mordida. Las radiografías panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral completa. Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo están desautorizadas en los 6 meses siguientes a una serie intraoral completa, a menos que lo exijan circunstancias especiales.
8. La colocación de una corona o de una incrustación inlay u onlay es un beneficio cuando la estructura del diente es insuficiente para sostener un empaste. El reemplazo de una corona o de una incrustación inlay u onlay existente que no sea funcional ni se pueda reparar es un beneficio cuando la restauración existente tiene más de 5 años.
9. Una incrustación inlay u onlay metálica cubierta y un perno-muñón fabricado de manera indirecta usando metal base o metal noble está disponible para los copagos listados. Si en su lugar elige que se use alto contenido de metal noble, el costo adicional máximo por esta mejora de material es de \$100.00 por diente.
10. En el caso de los molares, las incrustaciones inlay u onlay, las coronas o la unidad de una dentadura postiza parcial fija (puente) serán de metal, sin porcelana ni ningún otro tipo de material de color del diente. Si en lugar de esto elige porcelana, porcelana fundida a metal, resina o resina con metal, el costo adicional máximo por esta mejora de material de color del diente es de \$150.00 por molar.
11. Si también elige un margen de porcelana para una corona de porcelana fundida a metal cubierta, el costo adicional máximo por esta mejora que se hace en el laboratorio es de \$75.00.
12. La cobertura para la colocación de una dentadura postiza parcial fija (puente) se limita a lo siguiente:
 - a. La colocación inicial de un puente cuando se presentan los siguientes estados clínicos:
 - Un solo diente permanente requiere de reemplazo protésico.

- Los dientes de soporte pueden sostener y retener un nuevo puente de manera adecuada.
 - El diente faltante no se puede reemplazar al agregar un diente protésico a una dentadura postiza parcial extraíble existente funcional.
 - Ningún otro diente faltante en el mismo arco dentario necesita un reemplazo protésico con una nueva dentadura postiza parcial extraíble; y *(en el caso de un puente que reemplaza a un diente posterior)* uno o más de los dientes de soporte cumplen con la Limitación N.º 6.
- b. El reemplazo de un puente existente que ya no es funcional debido al decaimiento, a una fractura o a un defecto estético, si:
- el puente existente tiene al menos 5 años; y
 - los mismos dientes de soporte pueden sostener y retener un nuevo puente de manera adecuada; y
 - ningún otro diente faltante en el mismo arco dentario requiere de reemplazo protésico.
13. La cobertura de una nueva dentadura postiza parcial o completa extraíble se limita a lo siguiente:
- a. La colocación inicial de una dentadura postiza parcial o completa extraíble en un arco dentario cuando:
- uno o más dientes permanentes requieren de reemplazo protésico; y
 - el diente o los dientes faltante(s) no se puede(n) reemplazar al agregar un diente protésico a una dentadura postiza parcial extraíble existente funcional; y
 - (solo para dentaduras postizas parciales) hay dientes de soporte adecuados que pueden sostener y retener una dentadura postiza parcial extraíble.
- b. El reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa extraíble existente que presenta defectos no estéticos que causen que la dentadura postiza no sea funcional si:
- la dentadura postiza extraíble existente tiene al menos 5 años; y
 - no se puede lograr que la dentadura parcial extraíble sea funcional mediante ajuste, arreglo, recubrimiento o rebasado.
14. Un recubrimiento directo o indirecto de la pulpa se considera un beneficio únicamente cuando se colocan sobre un diente permanente con vitalidad pulpar que tienen un ápice radicular abierto o sobre un diente primario con vitalidad pulpar.
15. La pulpotomía terapéutica de un diente permanente está limitada al tratamiento paliativo cuando el dentista contratado no realiza una terapia del conducto radicular.
16. La limpieza de sarro y el alisado radicular periodontal se limitan a cuatro cuadrantes durante cualquier periodo de 12 meses.
17. El desbridamiento bucal completo (sarro excesivo) se limita a un tratamiento en cualquier periodo de 12 meses.

18. Los recubrimientos, el acondicionamiento del tejido y los rebasados se limitan a uno por dentadura postiza durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos.
19. Las dentaduras postizas parciales provisionales (prótesis provisionales), junto con los aparatos fijos o extraíbles, se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos, en adultos, durante un periodo de recuperación, cuando no es posible agregar los dientes a una dentadura postiza parcial existente.
20. La frenectomía es un beneficio solo cuando provoca movilidad limitada de la lengua, un gran diastema entre los dientes o interfiere con un aparato protésico.
21. Los beneficios para un programa de manejo de tejidos blandos están limitados a esas partes, mismas que se incluyen 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.
22. Una nueva dentadura postiza parcial extraíble, completa o inmediata incluye los ajustes y el acondicionamiento del tejido después de la entrega, de ser necesarios, sin costo adicional durante los primeros seis (6) meses después de la colocación siempre que usted siga siendo elegible y el servicio se proporcione en el centro del dentista contratado que originalmente hizo entrega de la dentadura postiza. Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales extraíbles inmediatas incluyen los ajustes y el acondicionamiento del tejido después de la entrega, sin costo adicional, durante los primeros tres (3) meses después de la entrega.
23. Un procedimiento opcional se define como cualquier procedimiento alternativo que presente el dentista contratado y que cubre la misma necesidad dental que el procedimiento cubierto; es un procedimiento que usted elige, y está sujeto a las limitaciones y exclusiones del plan. El cargo correspondiente que usted debe pagar es la diferencia entre el “cargo presentado” por el dentista contratado por el procedimiento opcional y el procedimiento cubierto. El tratamiento opcional no se aplica cuando las opciones alternativas son beneficios.

Los “cargos presentados” son los cargos que presentó el dentista contratado ante Delta Dental. Si tiene alguna pregunta con respecto a estos cargos, debe comunicarse con el departamento de servicio al cliente al 800-422-4234.

Exclusiones de beneficios

1. No todos los procedimientos se presentan en la *Lista A*.
2. Enfermedades dentales derivadas u ocasionadas por su empleo por las cuales se paga una compensación de los trabajadores. Servicios que le proporciona el gobierno estatal o una agencia del mismo, o que proporciona sin costo cualquier municipio, condado u otra subdivisión, excepto lo dispuesto en la Sección 1373(a) del Código de Salud y Seguridad de California (California Health and Safety Code).
3. Todos los cargos relacionados con la admisión, uso o estadía en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, centro de cuidados a largo plazo u otro centro de atención similar.
4. Pérdida o robo de dentaduras postizas completas o parciales, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
5. Los gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de la terminación de la elegibilidad para la cobertura.
6. Los gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental iniciado antes de que se determinara su elegibilidad para el Programa de la DHMO. Los ejemplos incluyen: preparación de los dientes para la colocación de coronas y tratamientos de conducto radicular en progreso.
7. Malformaciones congénitas.
8. Distribución de medicamentos que normalmente no se suministran en un centro dental.
9. Cualquier procedimiento que, a criterio profesional del dentista contratado o de nuestro consultor dental:
 - * presente un pronóstico poco favorable de tener un resultado satisfactorio y una duración razonable con base en el estado clínico del diente, o dientes, o de las estructuras que los rodean; o
 - * no siga las normas de odontología generalmente aceptadas.
10. Servicios dentales recibidos de cualquier centro dental que no sea el del dentista contratado asignado, incluidos los servicios de un especialista contratado, a menos que lo autoricemos expresamente por escrito, o según se describe en la póliza bajo Servicios dentales de emergencia y Servicios dentales de urgencia. Para obtener una autorización por escrito, debe llamar a nuestro Centro de atención al cliente al 888-282-9501.
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, abrasiones, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, malformaciones dentales congénitas o del desarrollo.
14. Aparatos o restauraciones necesarios para aumentar la dimensión vertical, sustituir o estabilizar la pérdida de estructura del diente por desgaste, realineación de dientes, ferulización periodontal, registros de aspectos gnatológicos, equilibrio o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (TJM, por sus siglas en inglés).
15. Un plan de tratamiento inicial que implique la extracción y el restablecimiento de los contactos oclusales de más de 10 dientes con coronas, incrustaciones onlay, dentaduras postizas parciales fijas (puentes) o cualquier

combinación de estos se considera una reconstrucción bucal completa en virtud del Programa de la DHMO. Las coronas, incrustaciones 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 metálicas o bases blandas permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de porcelana para dentaduras postizas, dientes de soporte de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (recubrimientos, 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 o síntomas de patología o infección), incluidos, entre otros, la extracción de terceros molares o para extracciones en ortodoncia.
18. Tratamiento o aparatos que proporciona un dentista especializado en servicios de prostodoncia.
19. Lesión accidental. Una lesión accidental se define como un daño al tejido duro y al tejido blando de la cavidad oral ocasionado por fuerzas externas a la boca. Los daños al tejido blando y al tejido duro de la cavidad oral producidos por la función masticatoria (morder) normal estarán cubiertos según la lista normal de beneficios.
20. Tratamiento de los dientes primarios retenidos.
21. Servicios especializados 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 extracción de aparatos de ortodoncia fijos por motivos distintos a la finalización tratamiento no se considera un beneficio cubierto.