



APÉNDICE DE BENEFICIOS DENTALES

# CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

**CAC27**

H5649\_Brochure-2024\_2973\_C\_SP

Administrado por:



Delta Dental of California

## Índice

Introducción.....	3
Definiciones.....	4
Cómo utilizar este Plan: elección del Proveedor Participante.....	5
Continuidad de la atención.....	6
Accesibilidad a los centros.....	6
Beneficios, limitaciones y exclusiones.....	6
Copagos y otros cargos.....	7
Servicios de emergencia.....	7
Servicios de especialistas.....	7
Segundas opiniones.....	7
Reclamaciones de reembolso.....	8
Compensación para proveedores.....	8
Políticas de procesamiento.....	9
Coordinación de beneficios.....	9
Proceso de quejas y apelaciones.....	9
Renovación y terminación de los beneficios.....	10
Cancelación de la inscripción.....	10
Lista A: descripción de beneficios y copagos.....	11
Lista B: limitaciones y exclusiones de los beneficios.....	26

## INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN. Su plan 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.

Este plan está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara y Ventura.

### Cómo usar esta Evidencia de cobertura

Este Apéndice de beneficios dentales (“Plan”), que incluye el Anexo A, la Lista de copagos y el Anexo B, Servicios, limitaciones y exclusiones, da a conocer 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. 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 estipulado con CENTRAL HEALTH MEDICARE 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, consulte [www.deltadentalins.com/centralhealth](http://www.deltadentalins.com/centralhealth) (solo disponible en inglés) o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867 (TTY 711). Un representante de Servicio al Cliente podrá responder las preguntas que usted tenga acerca de cómo obtener 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 855-370-3867 (TTY 711) durante el horario regular 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  
1130 Sanctuary Parkway  
Alpharetta, GA 30009

## 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:** son los servicios dentales que tiene derecho a recibir en virtud de este Plan.

**Año Calendario:** los 12 meses del año desde el 1.º 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 CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN y Delta Dental of California para la Prestación de Servicios Dentales.

**Titular del Contrato:** CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN.

**Costos Compartidos:** los montos que se pueden cobrar a un Miembro como la participación del Miembro en el costo por la prestación de servicios cubiertos. Los costos compartidos en virtud de este Plan consisten en los copagos enumerados en el Anexo A.

**Proveedor 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 Plan y proporcionar servicios cubiertos en odontología general a los Miembros.

**Servicios de Emergencia:** se refiere al cuidado dental proporcionado a un Miembro necesario 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.

**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.

**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 los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

**Proveedor No Participante:** dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para ser un Proveedor Participante en virtud de este 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 de Current Dental Terminology® (CDT) asignado a un Procedimiento Único por la American Dental Association.

**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 Proveedor Participante para obtener Servicios de Emergencia y, en caso de que el Proveedor Participante 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 Proveedor Participante.

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

**Servicios Especializados:** son servicios prestados por un dentista con la licencia correspondiente que se especializa en cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, los cuales deben ser autorizados previamente por escrito por Delta Dental.

**Tratamiento en Curso:** se refiere a todo procedimiento dental único, según se define en el Código del Procedimiento, que haya sido iniciado mientras el Miembro era elegible para recibir Beneficios, y que requiere varias citas para que se complete el procedimiento, independientemente de si el Miembro sigue siendo elegible para recibir tales Beneficios conforme al 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.

#### **Cómo utilizar este Plan: elección del Proveedor Participante**

Para recibir Beneficios en virtud de este Plan, debe seleccionar un Proveedor Participante en el directorio de Proveedores Participantes. Si no selecciona a un Proveedor Participante o el Proveedor Participante que usted seleccionó deja de estar disponible, le solicitaremos que seleccione a otro Proveedor Participante o le asignaremos uno. Puede cambiar su Proveedor Participante asignado dirigiendo una solicitud al departamento de Servicio al Cliente al 855-370-3867 de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para garantizar que se notifique a su Proveedor Participante y que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, los cambios de Proveedores Participantes deben solicitarse antes del día 21 del mes para que dicho cambio entre en vigencia el primer día del mes siguiente.

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía que le informará la fecha de entrada en vigencia de su Plan, así como la dirección y el número de teléfono de su Proveedor Participante. Después de la fecha de entrada en vigencia que aparece en su paquete de membresía, usted podrá obtener servicios dentales conforme al Plan. Para hacer una cita, simplemente llame al centro de su Proveedor Participante e identifíquese como Miembro a través de CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN. Las preguntas con respecto a la disponibilidad de las citas y la accesibilidad de los Proveedores Participantes deben dirigirse al departamento de Servicio al Cliente al 855-370-3867 (usuarios de TTY 711).

**CADA MIEMBRO DEBE ACUDIR A SU PROVEEDOR PARTICIPANTE ASIGNADO PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS, EXCEPTO LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UN ESPECIALISTA, QUE DEBEN SER AUTORIZADOS PREVIAMENTE POR ESCRITO POR DELTA DENTAL. NINGÚN OTRO TRATAMIENTO ESTÁ CUBIERTO EN VIRTUD DE ESTE PLAN.**

Si el acuerdo de su Proveedor Participante asignado con Delta Dental finalizara, dicho Proveedor Participante completará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la que se hayan tomado impresiones finales y (b) cualquier trabajo realizado en cada diente en el que se haya comenzado a trabajar (por ejemplo, la finalización de un tratamiento de conductos radiculares en curso y la entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

### **Continuidad de la atención**

#### Miembros existentes:

En el caso de ciertas enfermedades dentales especificadas, usted podría tener derecho a tener la finalización de cuidado con un Proveedor Participante que ya no está contratado. Llame a Servicio al Cliente al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política sobre la continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar recibiendo la atención de su Proveedor Participante que ya no está contratado. No tenemos la obligación de continuar su atención con ese Proveedor Participante si usted no es elegible para la cobertura de conformidad con este Plan o si no podemos llegar a un acuerdo respecto a los términos de su atención con el Proveedor Participante que ya no está contratado.

#### Miembros nuevos:

Puede tener derecho al beneficio calificado de finalizar el cuidado con un Proveedor No Participante para determinadas enfermedades dentales especificadas. Llame al departamento de Servicio al Cliente al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política sobre la continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para que su Proveedor No Participante actual lo siga atendiendo. No tenemos la obligación de continuar su atención con ese dentista si usted no es elegible de conformidad con el Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su dentista respecto a los términos de su atención.

### **Accesibilidad a los centros**

Muchos centros ofrecen a Delta Dental información sobre las características especiales de sus consultorios, incluida la información de accesibilidad para los pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad al centro, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

### **Beneficios, limitaciones y exclusiones**

Este Plan proporciona los Beneficios descritos en el Anexo A, *Descripción de beneficios y copagos*, sujeto a las limitaciones y exclusiones descritos en el Anexo B. Los servicios se llevan a cabo según lo considere apropiado su Proveedor Participante tratante. Un Proveedor

Participante puede prestar servicios ya sea personalmente o a través de técnicos, higienistas o dentistas asociados que puedan proporcionar estos servicios legalmente.

### **Copagos y otros cargos**

Debe pagar todos los Copagos enumerados en el Anexo A, *Descripción de beneficios y copagos* directamente al Proveedor Participante o Especialista que brinda el tratamiento. Los cargos por citas canceladas (a menos que avise al dentista con 24 horas de anticipación como mínimo o que una emergencia no le permita hacerlo) y los cargos por las consultas después del horario normal de atención se detallan en la sección *Descripción de beneficios y copagos*.

### **Servicios de Emergencia**

Si necesita Servicios de Emergencia, póngase en contacto con su Proveedor Participante siempre que sea posible. Si es un nuevo Miembro que necesita Servicios de Emergencia, pero aún no tiene un Proveedor Participante asignado, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda sobre cómo localizar a un Proveedor Participante. Los Beneficios de Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante están limitados a la atención necesaria para estabilizar su enfermedad o brindar alivio paliativo cuando usted:

- 1) haya hecho un intento Razonable de ponerse en contacto con el Proveedor Participante y el Proveedor Participante no esté disponible o no pueda atenderlo en un plazo de 24 horas a partir del momento en que usted se comunicó; o
- 2) haya hecho un intento Razonable de ponerse en contacto con Delta Dental antes de recibir los Servicios de Emergencia, o sea Razonable para usted acceder a los Servicios de Emergencia sin contacto previo con Delta Dental; o
- 3) crea razonablemente que, debido a su enfermedad, es inadecuado desde el punto de vista dental o médico trasladarse hasta el lugar donde atiende el Proveedor Participante para recibir los Servicios de Emergencia.

Los Beneficios de Servicios de Emergencia no brindados por el Proveedor Participante están limitados a un límite máximo de \$100.00 por emergencia menos el Copago correspondiente. Si se supera el límite máximo o no se cumplen las condiciones que se mencionaron antes, usted será responsable de pagar cualquier cargo por los servicios de un dentista que no sea su Proveedor Participante.

### **Servicios Especializados**

Los Servicios Especializados deben recibirse por referencia del Proveedor Participante asignado, y Delta Dental debe autorizarlos previamente por escrito. Todos los Servicios Especializados autorizados previamente correrán por nuestra cuenta, menos los Copagos correspondientes.

### **Segundas opiniones**

Puede solicitar una segunda opinión si usted no está de acuerdo o si cuestiona el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento elaborados por su Proveedor Participante. Delta Dental también puede solicitar que usted obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la pertinencia del tratamiento dental o la aplicación de los Beneficios.

Las segundas opiniones serán proporcionadas por un dentista con la licencia correspondiente de manera oportuna y adecuada para la naturaleza de su enfermedad. Las solicitudes relacionadas con casos de amenaza inminente y grave para la salud se resolverán de manera urgente (la autorización se aprueba o se rechaza en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud, cuando sea posible). Para obtener ayuda o información adicional con respecto a los procedimientos y plazos para las autorizaciones de segunda opinión, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o escriba a Delta Dental.

Las segundas opiniones se proporcionarán en el centro de otro Proveedor Participante, a menos que Delta Dental autorice otra cosa. Delta Dental autorizará una segunda opinión de un Proveedor No Participante si no hay disponible un Proveedor Participante debidamente calificado. Delta Dental pagará solamente las segundas opiniones que Delta Dental haya aprobado o autorizado. En caso de que Delta Dental no autorice la segunda opinión, se le enviará una notificación por escrito. Si usted no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una apelación ante CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN. Consulte la sección de este folleto titulada “Proceso de quejas y apelaciones” a continuación para obtener una explicación de cómo presentar una Apelación.

### **Reclamaciones de reembolsos**

Las reclamaciones por Servicios de Emergencia o Servicios Especializados autorizados previamente deben presentarse ante Delta Dental en un plazo de 90 días a partir de la fecha en la que finalice el tratamiento. Se revisarán las reclamaciones válidas que se reciban después del periodo de 90 días, si usted puede demostrar que no fue razonablemente posible presentar una queja en ese plazo. La dirección para enviar reclamaciones es: Claims Department, P.O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

### **Compensación para proveedores**

Un Proveedor Participante recibe una compensación de Delta Dental por medio de una capitación mensual (un monto basado en el número de Miembros asignados al Proveedor Participante) y de los Miembros por medio de Costos Compartidos requeridos para el tratamiento recibido. Delta Dental compensa a un Especialista a través de un monto acordado por cada procedimiento cubierto, menos el Copago aplicable que paga el Miembro. Delta Dental no paga incentivos a un Proveedor Participante o a un Especialista en ningún caso para que niegue, reduzca, limite o retrase cualquier tratamiento apropiado.

En caso de que no podamos pagar a un Proveedor Participante, usted no deberá hacerse cargo de pagarle a dicho Proveedor Participante ninguna cantidad que nosotros le debamos. El contrato del Proveedor Participante con Delta Dental incluye una disposición que prohíbe al Proveedor Participante cobrar a un Miembro cualquier suma adeudada por Delta Dental. Excepto por las disposiciones de los *Servicios de Emergencia*, si no ha recibido Autorización Previa para el tratamiento de un Proveedor No Participante o Especialista, y no le pagamos a ese dentista, usted puede ser responsable ante ese dentista por el costo de los servicios.

**Puede obtener más información con respecto a la compensación llamando a Delta Dental al número de teléfono gratuito que aparece en este folleto.**

### **Políticas de procesamiento**

Las guías de cuidado dental del Plan explican a los Proveedores Participantes qué servicios están cubiertos por el Contrato dental. Los Proveedores Participantes utilizarán su juicio profesional para determinar qué servicios son apropiados para el Miembro. Los servicios proporcionados por el Proveedor Participante que se encuentren dentro del alcance de los Beneficios del Plan dental se brindarán sujetos a cualquier Copago. Si un Proveedor Participante cree que el Miembro debe recibir tratamiento de un Especialista, el Proveedor Participante se pondrá en contacto con Delta Dental para determinar si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Asimismo, Delta Dental determinará si un Especialista debe proporcionar el tratamiento propuesto. Un Miembro puede ponerse en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 855-370-3867, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre las guías de cuidado dental para el Plan.

### **Coordinación de beneficios**

Este Plan otorga Beneficios independientemente de la cobertura de cualquier otra póliza de seguros de grupo o cualquier otro Plan de beneficios de salud de grupo si la otra póliza o el otro Plan cubre servicios o gastos además del cuidado dental. De lo contrario, los Beneficios que los Especialistas o Proveedores No Participantes ofrecen en virtud de este Plan se coordinan con dicha póliza de seguro dental de grupo o cualquier Plan de beneficios dentales de grupo. Las reglas que se declaran en el Contrato regirán la determinación de qué póliza o Plan es el principal.

Si este plan es el plan secundario, pagará lo que sea menor de lo siguiente:

- la cantidad que habría pagado si no hubiera otra cobertura de beneficios dentales; o
- los gastos de bolsillo totales que el afiliado deba pagar en virtud del plan de beneficios dentales principal.

Un Miembro debe proporcionar a Delta Dental cualquier información acerca del Miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de los beneficios y Delta Dental podrá divulgarla a cualquier compañía de seguros u otra organización, o bien podrá obtenerla de estas. Delta Dental determinará, según su exclusivo criterio, si se justifica cualquier reembolso a una compañía de seguros u otra organización en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios, y cualquier reembolso pagado se considerará un Beneficio en virtud de este Plan. Delta Dental tendrá derecho a recuperar de un dentista, un Miembro, una compañía de seguros u otra organización, de acuerdo con la decisión de Delta Dental, el monto de cualquier Beneficio pagado por Delta Dental y que exceda sus obligaciones en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios.

### **Proceso de reclamaciones y apelaciones**

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 nuestros representantes 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 CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN.

### **Renovación y terminación de los beneficios**

Este Plan se renueva en el aniversario del plazo del contrato, a menos que informemos sobre un cambio en las primas o en los Beneficios y CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN no acepte dicho cambio. Todos los Beneficios se cancelan para cualquier Miembro en la fecha en la que finalice este Plan, cuando dicha persona deje de ser elegible en virtud de los términos de este Plan o cuando la inscripción al plan de dicha persona se cancele en virtud de los términos de este Plan. No tenemos la obligación de continuar brindando Beneficios a ninguna persona en dicho caso, excepto para finalizar los Procedimientos Únicos que se hayan iniciado mientras este Plan estaba vigente.

### **Cancelación de la inscripción**

Para ser elegible para los Beneficios de acuerdo con este Plan, usted debe estar inscrito en alguno de los diversos planes de salud Medicare Advantage o productos que ofrece CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN. Si usted pierde su elegibilidad o cancela su inscripción en CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN, no es elegible para recibir Beneficios de acuerdo con este Plan. Consulte el folleto de Evidencia de cobertura de CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN para conocer los términos y las condiciones de inscripción.

LISTA A

Descripción de beneficios y copagos

Los Beneficios que se muestran a continuación se brindan según el Dentista Contratado que lo atienda los considere apropiados, y están sujetos a las *limitaciones y exclusiones* del Plan. Consulte la *Lista B* para obtener más información acerca de los Beneficios. **Debe consultar todas las opciones de tratamiento con su Dentista Contratado antes de recibir los servicios.**

El texto que aparece en cursiva 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 Current Dental Terminology (“CDT”) CDT-2024, los cuales están protegidos por los derechos de propiedad intelectual de American Dental Association (“ADA”). 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>	EL AFILIADO <u>PAGA</u>
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO	
	- Dos radiografías de mordida o periapicales (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario	
D0120	Evaluación periódica de la boca, paciente establecido: <i>Dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0140	Evaluación limitada de la boca, enfocada en el problema: <i>Dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0150	Evaluación completa de la boca, paciente nuevo o establecido: <i>Una evaluación completa (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación</i>	Sin costo
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca, enfocada en el problema, por informe: <i>Dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	\$17.00
D0170	Reevaluación, limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta posoperatoria): <i>Dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	\$12.00
D0180	Evaluación periodontal completa, paciente nuevo o establecido: <i>Una evaluación completa (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación</i>	Sin costo
D0190	Revisión de un paciente: <i>Una (D0190 o D0191) cada año calendario</i>	Sin costo
D0191	Evaluación de un paciente: <i>Una (D0190 o D0191) cada año calendario</i>	Sin costo
D0210	Intrabucal, serie completa de radiografías: <i>Una (D0210 o D0330) cada año calendario</i>	Sin costo
D0220	Intrabucal, primera radiografía periapical	Sin costo
D0230	Intrabucal, cada radiografía periapical adicional	Sin costo
D0240	Intrabucal, radiografía oclusal: <i>1 por arco dentario por día</i>	Sin costo
D0250	Extrabucal, radiografía de proyección en 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector: <i>1 por año calendario</i>	Sin costo
D0251	Radiografía dental posterior extrabucal: <i>Si hay antecedentes de una radiografía extrabucal anterior en el periodo de limitación de frecuencia para D0330, los cargos para D0251 NO PUEDEN FACTURARSE AL PACIENTE.</i>	Sin costo
D0270	Radiografía de mordida: una sola radiografía	Sin costo
D0272	Radiografía de mordida: dos radiografías	Sin costo
D0273	Radiografía de mordida: tres radiografías	Sin costo
D0274	Radiografías de mordida: cuatro radiografías	Sin costo
D0277	Radiografía de mordida vertical, 7 a 8 radiografías: <i>Una D0277 cada año calendario</i>	\$41.00
D0330	Radiografía panorámica: <i>1 cada año calendario</i>	Sin costo
D0396	Impresión 3D de una exploración de la superficie dental en 3D	Sin costo
D0419	Evaluación de flujo salival por medición: <i>1 cada 2 años calendario</i>	Sin costo

D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa: <i>1 cada 2 años calendario</i>	\$15.00
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo bajo: <i>Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo moderado: <i>Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo alto: <i>Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe: <i>incluye visitas al consultorio, por visita (además de otros servicios)</i>	Sin costo
D1000-D1999	II. PREVENCIÓN	
D1110	Limpieza profiláctica, adulto: <i>Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	Sin costo
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor: <i>Dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario</i>	\$13.00
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye el barniz: <i>Dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario</i>	Sin costo
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales: <i>Una cada año calendario</i>	Sin costo
D1320	Orientación sobre el consumo de tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales: <i>Dos cada año calendario</i>	Sin costo
D1330	Instrucciones de higiene bucal: <i>Una cada año calendario</i>	Sin costo
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.	
	- <i>Cuando en el mismo plan de tratamiento se contemplan más de seis coronas, es posible que el Afiliado deba pagar \$125.00 adicionales por corona a partir de la sexta unidad.</i>	
	- <i>El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay y restauraciones onlay requiere que la restauración existente tenga 5 años o más.</i>	
	- <i>Dos procedimientos de empaste cada año calendario (D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393 o D2394)</i>	
	- <i>Dos procedimientos de corona o restauración onlay cada año calendario (cualquier combinación de D2542 - D2544, D2642 - D2644, D2710 - D2794, D2931)</i>	
D2140	Amalgama: una superficie, dientes primarios o permanentes	Sin costo
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes primarios o permanentes	Sin costo
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes primarios o permanentes	Sin costo
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	Sin costo
D2330	Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes anteriores	Sin costo
D2331	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes anteriores	Sin costo
D2332	Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes anteriores	Sin costo
D2335	Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies, dientes anteriores	Sin costo
D2390	Corona de empaste compuesto de resina, dientes anteriores	\$111.00
D2391	Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes posteriores	\$46.00
D2392	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes posteriores	\$64.00
D2393	Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes posteriores	\$77.00
D2394	Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$85.00
D2542	Restauración onlay, metálica, dos superficies: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$382.00
D2543	Restauración onlay, metálica, tres superficies: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$384.00
D2544	Restauración onlay, metálica, cuatro o más superficies: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$385.00
D2642	Restauración onlay, porcelana/cerámica, dos superficies: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$421.00
D2643	Restauración onlay, porcelana/cerámica, tres superficies: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$423.00

D2644	Restauración onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$424.00
D2710	Corona, empaste compuesto de resina (indirecto): <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$150.00
D2712	Corona, 3/4 de empaste compuesto de resina (indirecto): <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$149.00
D2720	Corona, resina con alto contenido de metal noble - <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$220.00
D2721	Corona, resina con metal base principalmente: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D2722	Corona, resina con metal noble: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$180.00
D2740	Corona, porcelana/cerámica: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$220.00
D2750	Corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$295.00
D2751	Corona, porcelana fundida con metal base principalmente: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$75.00
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$255.00
D2753	Corona, porcelana fundida con titanio y aleación de titanio: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$295.00
D2780	Corona, 3/4 de molde con alto contenido de metal noble: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$220.00
D2781	Corona, 3/4 de molde de metal base principalmente: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$180.00
D2782	Corona, 3/4 de molde de metal noble: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$180.00
D2783	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$180.00
D2790	Corona, molde completo con alto contenido de metal noble: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$220.00
D2791	Corona, molde completo de metal base principalmente: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D2792	Corona, molde completo de metal noble: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	\$220.00
D2794	Corona, titanio y aleación de titanio: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D2915	Recementación o readhesión de corona: <i>Una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario</i>	\$31.00
D2920	Recementación o readhesión de corona: <i>Una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide ( <i>dientes anteriores</i> ): <i>Una cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, dientes permanentes: <i>Una por diente cada 2 años calendario</i>	\$221.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes: <i>Una corona o restauración onlay por diente cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D2940	Restauración de protección: <i>Una (D2940 o D2941) por diente de por vida</i>	Sin costo
D2941	Restauración terapéutica provisional, dentición primaria: <i>Una (D2940 o D2941) por diente de por vida</i>	Sin costo
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta	Sin costo
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas las espigas cuando sea necesario: <i>Una (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	Sin costo

D2951	Retención de la espiga, por diente, además de la restauración: <i>Una por diente cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D2952	Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente; <i>incluye la preparación del conducto: Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	\$100.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente; <i>incluye la preparación del conducto: Uno por diente cada 5 años calendario cuando se factura con D2952</i>	\$75.00
D2954	Perno-muñón prefabricado además de una corona, <i>perno de metal base; incluye la preparación del conducto: Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D2980	Arreglo de corona por falla del material restaurador: <i>Uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$23.00
D2976	Estabilización de banda, por diente: se limita a una vez por diente de por vida.	Sin costo
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad	Sin costo
D3000-D3999	IV. ENDODONCIA	
	- <i>Dos procedimientos de conducto radicular cada año calendario (D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 o D3348)</i>	
D3110	Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final)	Sin costo
D3120	Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final)	Sin costo
D3310	<i>Conducto radicular, endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)</i>	Sin costo
D3330	<i>Conducto radicular, endodoncia, muelas (no incluye la restauración final)</i>	Sin costo
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico	Sin costo
D3332	Endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	Sin costo
D3346	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos, dientes anteriores	Sin costo
D3347	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos, premolares	Sin costo
D3348	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos, muelas	Sin costo
D3410	Apicectomía, dientes anteriores: <i>Una por diente de por vida</i>	Sin costo
D3421	Apicectomía, premolares (primera raíz): <i>Una por diente de por vida</i>	Sin costo
D3425	Apicectomía, muelas (primera raíz): <i>Una por diente de por vida</i>	Sin costo
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional): <i>Una por diente de por vida</i>	Sin costo
D4000-D4999	V. PERIODONTOLOGÍA	
	- <i>Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.</i>	
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante: <i>Una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante: <i>Una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave; toda la boca, después de una evaluación bucal: <i>Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	Sin costo
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en una consulta posterior: <i>Uno cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de descarga controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente: <i>Una por diente cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D4910	Mantenimiento periodontal: <i>Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	Sin costo
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal, por cuadrante	Sin costo
D5000-D5899	VI. PROSTODONCIA (extraíble)	
	- <i>Para todas las dentaduras postizas completas y parciales mencionadas, el Copago incluye los ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros seis meses posteriores a la colocación. Para todas las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales extraíbles inmediatas mencionadas, el Copago incluye los ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros tres meses posteriores a la</i>	

colocación. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe prestarse en el centro del Dentista Contratado donde se haya colocado la dentadura postiza originalmente.

- Los rebasados, recubrimientos, arreglos y acondicionamiento de tejidos están incluidos en el cargo inicial en los primeros 6 meses a partir de la colocación original. Los recubrimientos se permiten 3 meses después de la colocación de una dentadura postiza inmediata.

- El reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa requiere que esta tenga 5 años o más.

D5110	Dentadura postiza completa, maxilar: <i>Una dentadura postiza maxilar (D5110 o D5130) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular: <i>Una dentadura postiza mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar: <i>Una dentadura postiza maxilar (D5110 o D5130) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular: <i>Una dentadura postiza mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes). Los aparatos protésicos se reemplazarán solo después de que hayan transcurrido cinco años desde el momento de la colocación: <i>Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario</i>	\$220.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario</i>	\$220.00

D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y dientes): <i>Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226 o D5228) cada 5 años calendario</i>	Sin costo
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar: <i>Dos cada año calendario</i>	Sin costo
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular: <i>Dos cada año calendario</i>	Sin costo
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar: <i>Dos cada año calendario</i>	Sin costo
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular: <i>Dos cada año calendario</i>	Sin costo
D5511	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, mandibular: <i>Uno cada año calendario</i>	Sin costo
D5512	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, maxilar: <i>Uno cada año calendario</i>	Sin costo
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (cada diente): <i>Uno cada año calendario</i>	Sin costo
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular: <i>Uno (D5611 o D5621) cada año calendario</i>	Sin costo
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar: <i>Uno (D5612 o D5622) cada año calendario</i>	Sin costo
D5621	Arreglo del molde de yeso parcial, mandibular: <i>Uno (D5611 o D5621) cada año calendario</i>	\$95.00
D5622	Arreglo del molde de yeso parcial, maxilar: <i>Uno (D5612 o D5622) cada año calendario</i>	\$90.00
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho roto, por diente: <i>Uno (D5611 - D5660) cada año calendario</i>	\$77.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente: <i>Uno (D5611 - D5660) cada año calendario</i>	Sin costo
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente: <i>Una (D5611 - D5660) cada año calendario</i>	Sin costo
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, por diente: <i>Una (D5611 - D5660) cada año calendario</i>	Sin costo
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar: <i>Uno cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular: <i>Uno cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar: <i>Uno cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular: <i>Uno cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D5725	Rebasado de prótesis híbrida: <i>Uno cada 2 años calendario</i>	\$50.00
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el consultorio): <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	Sin costo
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el consultorio): <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	Sin costo
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio): <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	Sin costo
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio): <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	Sin costo
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el laboratorio): <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	Sin costo
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el laboratorio): <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	Sin costo
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio): <i>Dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$50.00
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio): <i>Dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$50.00

D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecto: <i>Dos (D5730, D5731, D5740 D5741, D5750, D5751, D5760, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$50.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes), maxilar: <i>Una cada 5 años calendario</i>	\$170.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos los materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes), mandibular: <i>Una cada 5 años calendario</i>	\$170.00
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar: <i>Uno cada año calendario</i>	Sin costo
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular: <i>Uno cada año calendario</i>	Sin costo
D5900-D5999	VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES: Sin cobertura	
D6000-D6199	VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES	
	- Colocación quirúrgica de un implante (D6010, D6013 o D6040) por sitio de implante cada 5 años calendario	
	- Dos prótesis soportadas por implante (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082 o D6094) cada año calendario	
	- Una prótesis soportada por implante (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082 o D6094) por sitio de implante cada 5 años calendario	
D6010	Colocación quirúrgica de cuerpo implantado, implante endóstico: <i>Dos (D6010 o D6013) cada año calendario</i>	\$1,023.00
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo implantado (segunda etapa de cirugía de implante): <i>Incluido en el cargo para D6010</i>	\$247.00
D6012	Colocación quirúrgica de cuerpo implantado provisional para prótesis de transición, implante endóstico: <i>Dos cada año calendario</i>	\$726.00
D6013	Colocación quirúrgica de miniimplante: <i>Dos (D6010 o D6013) cada año calendario</i>	\$665.00
D6040	Colocación quirúrgica, implante epóstico: <i>Una cada año calendario</i>	\$2,160.00
D6050	Colocación quirúrgica, implante transóstico: <i>Una cada año calendario</i>	\$2,051.00
D6055	Barra conectora, sostenida con implante o con dientes de soporte: <i>Una cada año calendario</i>	\$1,231.00
D6056	Diente de soporte prefabricado, incluye la modificación y colocación: <i>Dos (D6056, D6057) cada año calendario</i>	\$418.00
D6057	Diente de soporte fabricado a la medida, incluye la colocación: <i>Dos (D6056, D6057) cada año calendario</i>	\$486.00
D6058	Corona de cerámica/porcelana sostenida con dientes de soporte	\$502.00
D6059	Corona de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$456.00
D6060	Corona de porcelana fundida con metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte	\$435.00
D6061	Corona de porcelana fundida con metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$448.00
D6062	Corona de molde de metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$453.00
D6063	Corona de molde de metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte	\$433.00
D6064	Corona de molde de metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$445.00
D6065	Corona de cerámica/porcelana sostenida con implante	\$567.00
D6066	Corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble sostenida con implante	\$565.00
D6067	Corona con alto contenido de metal noble sostenida con implante	\$562.00
D6068	Retenedor sostenido con dientes de soporte para dentaduras postizas parciales fijas (FPD, por sus siglas en inglés) de porcelana/cerámica	\$595.00
D6069	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble)	\$626.00

D6070	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal base principalmente)	\$404.00
D6071	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$540.00
D6072	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (alto contenido de metal noble)	\$527.00
D6073	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal base principalmente)	\$495.00
D6074	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal noble)	\$517.00
D6075	Retenedor sostenido con implante para FPD de cerámica	\$515.00
D6076	Retenedor sostenido con implante para FPD de porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$738.00
D6077	Retenedor sostenido con implante para FPD de alto contenido de metal noble	\$548.00
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implante cuando se extraen y vuelven a insertar prótesis, incluida la limpieza de las prótesis y de los dientes de soporte: <i>Uno cada año calendario; uno por arco dentario cada 3 años calendario</i>	\$96.00
D6081	Limpieza de sarro y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante; incluye la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre del colgajo: <i>Una cada año calendario; una por sitio de implante cada 2 años calendario</i>	\$103.00
D6082	Corona de porcelana fundida con metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte	\$431.00
D6089	Acceso y reapriete del tornillo flojo del implante, por tornillo: <i>Se limita a una vez cada 24 meses</i>	\$86.00
D6090	Arreglo de prótesis sostenida con implante, por informe: <i>Una vez cada año calendario; uno por sitio del implante cada 5 años calendario</i>	\$127.00
D6091	Reemplazo de pieza reemplazable del dispositivo de precisión o semiprecisión de prótesis sostenida con implante o con dientes de soporte, por dispositivo: <i>Uno cada año calendario; uno por sitio del implante cada 5 años calendario</i>	\$136.00
D6095	Arreglo de diente de soporte de implante, por informe: <i>Una vez cada año calendario, uno por sitio del implante cada 5 años calendario</i>	\$288.00
D6096	Eliminación de tornillo de retención de implante roto: <i>Uno por diente cada 5 años calendario</i>	\$86.00
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante: <i>Una vez cada año calendario; una por sitio del implante cada 5 años calendario</i>	\$192.00
D6101	Desbridamiento de un defecto o más defectos de periimplante que rodean un solo implante, y limpieza de la superficie expuesta del implante, incluidos la entrada y el cierre del colgajo: <i>Uno cada año calendario; uno por implante cada 3 años calendario</i>	\$263.00
D6102	Desbridamiento y remodelación ósea de un defecto o defectos de periimplante que rodean un solo implante e incluye la limpieza de las superficies expuestas del implante, incluidos la entrada y el cierre del colgajo: <i>Uno cada año calendario; uno por implante cada 3 años calendario</i>	\$447.00
D6103	Injerto de hueso para arreglo de defecto de periimplante, no incluye la entrada y el cierre del colgajo: <i>Uno cada año calendario; uno por implante cada 3 años calendario</i>	\$263.00
D6104	Injerto de hueso en el momento de la colocación del implante: <i>Uno cada año calendario</i>	\$270.00
D6105	Extracción del cuerpo de implante que no requiere extracción ósea o elevación de colgajo: <i>Una cada año calendario; una por implante cada 3 años calendario</i>	Sin costo
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe: <i>Uno por arco dentario cada 5 años calendario</i>	\$174.00

D6198	Retiro del componente del implante provisional: <i>Incluido en el cargo por el servicio protésico</i>	Sin costo
D6200-D6999	IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente]) - Cuando se contemplen más de seis coronas o pónicos en el mismo plan de tratamiento, es posible que se le cobren \$30.00 adicionales por cada unidad, a partir de la sexta. - El reemplazo de una corona, un pónico, una incrustación inlay, una restauración onlay o un dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años o más. - Un pónico (D6240, D6241, D6242 o D6243) por diente por 5 años calendario - Una corona de retención (D6750, D6751, D6752 o D6753) por diente por 5 años calendario	
D6240	Pónico, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$295.00
D6241	Pónico, porcelana fundida con metal base principalmente	\$75.00
D6242	Pónico, porcelana fundida con metal noble	\$255.00
D6243	Pónico, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$255.00
D6750	Corona de retención, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$295.00
D6751	Corona de retención, porcelana fundida con metal base principalmente	\$75.00
D6752	Corona de retención, porcelana fundida con metal noble	\$255.00
D6753	Corona de retención, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$295.00
D7000-D7999	X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL - Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias, y tratamiento con anestesia local. - Tres extracciones cada año calendario (D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251)	
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps): <i>Una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan extracción de hueso o segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado: <i>Una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7220	Extracción de un diente traumatizado, tejido blando: <i>Una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7230	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo parcial: <i>Una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7240	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total: <i>Una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7241	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales: <i>Una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7250	Extracción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte): <i>Una extracción por diente de por vida</i>	Sin costo
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional de un diente: <i>Una extracción por diente de por vida</i>	\$237.00
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante: <i>Una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida</i>	Sin costo
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante: <i>Una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida</i>	Sin costo
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante: <i>Una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida</i>	Sin costo
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante: <i>Una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida</i>	Sin costo
D7922	Colocación de vendaje biológico encajado para asistir en la hemostasis o estabilización del coágulo, por sitio: <i>Incluida en el cargo para un servicio completado</i>	Sin costo
D8000-D8999	XI. ORTODONCIA: Sin cobertura	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS	
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general: <i>Incluida en el cargo para un servicio completado</i>	Sin costo

D9310	Consulta, servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico distinto al dentista o médico que lo solicita: <i>Una de por vida por proveedor</i>	Sin costo
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud: <i>Incluida en el cargo para otros servicios</i>	Sin costo
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual), no se brindan otros servicios: <i>No se paga por separado</i>	\$28.00
D9440	Visita al consultorio, después del horario habitual: <i>Una cada año calendario</i>	\$58.00
D9450	Presentación del caso, planificación exhaustiva y detallada del tratamiento	\$93.00
D9912	Revisión del paciente antes de la consulta: <i>Incluida en el cargo para un servicio completado</i>	Sin costo
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar: <i>No se paga por separado</i>	Sin costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular: <i>No se paga por separado</i>	Sin costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar: <i>No se paga por separado</i>	Sin costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular: <i>No se paga por separado</i>	Sin costo
D9951	Ajuste oclusal, limitado: <i>Uno cada 5 años calendario</i>	\$38.00
D9952	Ajuste oclusal, completo: <i>Uno cada 5 años calendario</i>	\$166.00
D9990	Traducción certificada o servicios de lenguaje de señas, por consulta: <i>Incluida en el cargo</i>	Sin costo
D9991	Gestión de casos dentales, abordar obstáculos en el cumplimiento de las citas: <i>Incluida en el cargo</i>	Sin costo
D9992	Gestión de casos dentales, coordinación de la atención: <i>Incluida en el cargo</i>	Sin costo
D9995	Teleodontología, síncrona; servicios en tiempo real: <i>No se paga por separado. Incluida en el cargo para otros servicios.</i>	Sin costo
D9996	Teleodontología, asíncrona; información almacenada y enviada al Dentista para su revisión posterior: <i>No se paga por separado; Incluida en el cargo para otros servicios.</i>	Sin costo
D9997	Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de cuidado de la salud: <i>No se paga por separado. Incluida en el cargo para otros servicios.</i>	Sin costo

Si el Dentista Contratado asignado presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, el Afiliado paga el Copago especificado. Los procedimientos detallados que requieren que un Dentista preste Servicios Especializados y sean referidos por el Dentista Contratado asignado deben estar autorizados por el Plan. El Afiliado cubre el Copago especificado para dichos servicios.

## Lista B

### Limitaciones de los beneficios

1. La frecuencia de algunos Beneficios es limitada. Todos los límites de frecuencia se señalan en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos*.
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del Dentista de la Red o del personal clínico de Delta Dental:
  - a. presente un pronóstico reservado de un resultado satisfactorio y una duración razonable según el estado de los dientes o de las estructuras circundantes; **o**
  - b. no siga las normas generalmente aceptadas de la práctica dental; **o**
  - c. sea un servicio considerado inclusivo o parte de otro procedimiento que no puede cobrarse por separado.
3. Las siguientes evaluaciones de la boca (D0140, D0170, D0171, D0190 y D0191) no pueden facturarse al paciente el mismo día que los códigos D0120 o D0150.
4. Los beneficios se limitan a una serie completa de radiografías intrabucales (D0210) o a una radiografía panorámica (D0330) cada año calendario. Las imágenes intrabucales completas pueden incluir cualquier combinación de periapicales y aletas de mordida. Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie intrabucal completa. Las radiografías de mordida de cualquier tipo no están autorizadas en los 6 meses siguientes a una serie intrabucal completa, a menos que lo exijan circunstancias especiales.
5. Un empaste es un beneficio para la eliminación de caries, para arreglos menores de la estructura dental o para el reemplazo de un empaste perdido.
6. Una reconstrucción de muñón (D2950) o perno-muñón (D2952, D2954) por diente cada 5 años. Estos servicios incluyen los cargos de restauraciones de resina y amalgama realizadas en la misma fecha de servicio.
7. Un procedimiento de retención de la espiga (D2951) por diente cada 2 años calendario cuando se factura con restauración de resina o amalgama. D2951 se incluye con D2950, D2952, D2954 si se factura por separado.
8. 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.
9. A excepción del recubrimiento de la pulpa y las pulpotomías, los procedimientos de endodoncia (por ejemplo, el tratamiento del conducto radicular, apicectomía, reconstrucción, etc.) únicamente son beneficios para dientes permanentes que presenten alguna patología.
10. La pulpotomía terapéutica de un diente permanente se limita al tratamiento paliativo cuando el Dentista Contratado no realiza un tratamiento de conducto radicular.
11. Una corona es un beneficio cuando no haya una estructura dental suficiente para soportar un empaste o para reemplazar una corona existente que no sea funcional y no pueda arreglarse. El reemplazo de coronas requiere que la restauración tenga 5 años o más.
12. La limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular (D4341, D4342) no pueden facturarse al paciente el mismo día que la profilaxis (D1110).

13. La limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular se limitan a uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario.
14. El desbridamiento bucal completo (sarro visible) se limita a un tratamiento cada dos años calendario.
15. El reemplazo de una incrustación inlay, restauración onlay, corona, dentadura postiza parcial fija (puente) o dentadura postiza completa o parcial extraíble existente está cubierto cuando:
  - a. la restauración, el puente o la dentadura postiza existente ya no es funcional ni puede volver a serlo mediante un arreglo o un ajuste; y se colocó hace cinco años o más antes de su reemplazo; o
  - b. una dentadura postiza parcial existente tiene menos de cinco años de antigüedad, pero debe reemplazarse con una dentadura postiza parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural que no pueda reemplazarse mediante la adición de otro diente a la dentadura postiza parcial existente; o
  - c. una dentadura postiza parcial fija existente (puente) tiene menos de 5 años de antigüedad, pero debe reemplazarse con una dentadura postiza parcial fija nueva debido a la pérdida de un diente natural.
16. El reemplazo de una dentadura postiza parcial extraíble con una dentadura postiza completa está cubierto, en el periodo de limitación de frecuencia de 5 años, cuando se pierden los dientes naturales.
17. Los rebasados, recubrimientos, arreglos y acondicionamiento de tejidos están incluidos en el cargo inicial para la dentadura postiza en los primeros 6 meses a partir de la colocación original. Los recubrimientos se permiten 3 meses después de la colocación de una dentadura postiza inmediata.
18. Las dentaduras postizas parciales provisionales (prótesis parciales de acrílico) se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos a adultos durante un periodo de recuperación.
19. Si existe un puente fijo o una dentadura postiza extraíble que se reemplazaría con una prótesis nueva sostenida por implantes, el dispositivo existente debe ser elegible para el reemplazo según los términos del contrato.
20. El miembro debe tener al menos 19 años de edad para recibir servicios de implante.
21. El reemplazo de implantes y de prótesis sostenidas por implantes requieren que los implantes y las prótesis sostenidas por implantes existentes tengan 5 años o más.
22. Los implantes y las coronas y prótesis sostenidas por implantes están cubiertos para reemplazar uno o más dientes permanentes naturales debido a trauma o extracción accidental.
23. La extracción de implantes se limita a una (1) por cada implante durante toda la vida del Afiliado.
24. La tarifa de acceso y reapriete de los tornillos flojos de un implante está incluida en la tarifa de entrega de la prótesis sostenida por un implante si esta se realiza en los 6 meses posteriores a la colocación de la prótesis.
25. La limpieza de una dentadura postiza es un beneficio solo cuando el paciente está completamente desdentado. Si está parcialmente desdentado, este servicio está incluido en la tarifa del procedimiento D1110, D1120, D4346 o D4910

## Exclusiones

1. Cualquier procedimiento que no se mencione específicamente en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos*.
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del Dentista de la Red o del personal clínico de Delta Dental:
  - a. presente un pronóstico reservado de un resultado satisfactorio y una duración razonable según el estado de los dientes o de las estructuras circundantes; o
  - b. no siga las normas generalmente aceptadas de la práctica dental; o
  - c. sea un servicio considerado inclusivo o parte de otro procedimiento que no puede cobrarse por separado.
3. Servicios que tienen únicamente fines estéticos o para enfermedades que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo como paladar hendido, malformaciones en la mandíbula superior e inferior, falta de dientes congénita o dientes no erupcionados, y dientes descoloridos o carentes de esmalte.
4. Restauraciones colocadas únicamente por abrasión, desgaste o erosión.
5. Los aparatos rotos o robados que incluyen, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, separadores, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
6. Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el objetivo es modificar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar enfermedades anormales de la unión temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
7. 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.
8. La colocación de implantes, los aparatos y accesorios dentales soportados por implante, el mantenimiento, la extracción y cualquier otro servicio relacionado con un implante dental.
9. Consultas por beneficios no cubiertos.
10. Servicios dentales recibidos en cualquier centro dental que no es el del Dentista de la Red que se le asignó. Esto incluye los servicios de un especialista dental que no es de la red, a menos que Delta Dental los autorice expresamente, excepto en el caso de *Servicios de Emergencia* según lo descrito en el Contrato o el Certificado de cobertura.
11. 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.
12. Medicamentos recetados.
13. Los gastos dentales relacionados con cualquier procedimiento dental que se haya iniciado antes de que el Afiliado fuera elegible para acceder al programa DHMO. Algunos ejemplos

incluyen: preparación de dientes para la colocación de coronas, conductos radiculares en proceso, dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión.

14. Tratamiento o aparatos que proporcione un Dentista especializado en servicios de prostodoncia.