

DMO® Dental Benefits Summary

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	COSTO DEL PACIENTE	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	COSTO DEL PACIENTE
Copago por visita al consultorio		\$5			
DIAGNÓSTICO					
D0120-D0180	Evaluaciones orales	Sin cargo	D0277	Radiografías verticales de mordida - 7 a 8 películas	Sin cargo
D0210	Serie de imágenes de toda la boca	Sin cargo	D0330	Imagen panorámica	Sin cargo
D0220-D0230	Periapicales	Sin cargo	D0391	Interpretación de imagen diagnóstica	Sin cargo
D0240	Imagen intraoral, oclusal	Sin cargo	D0470	Modelos diagnósticos	Sin cargo
D0250-D0251	Imágenes extraorales	Sin cargo	D0472-D0474	Muestra de tejido	Sin cargo
D0270-D0274	Radiografías de mordida	Sin cargo			
PREVENTIVO					
D1110	Profilaxis - adulto	Sin cargo	D1510	Mantenedor de espacio - fijo unilateral	\$75
D1120	Profilaxis - niño(a)	Sin cargo	D1516-17	Mantenedor de espacio - fijo bilateral	\$75
D4346	Escamación en presencia de gingivitis generalizada moderada/severa - boca completa, después de la evaluación oral	\$30	D1520	Mantenedor de espacio - removible unilateral	\$70
D1208	Fluoruro - niño(a)	Sin cargo	D1526-27	Mantenedor de espacio - removible bilateral	\$70
D1206	Aplicación de esmalte tópico de fluoruro	Sin cargo	D1551-52	Recementado de mantenedor de espacio	\$12
D1330	Instrucción sobre higiene bucal	Sin cargo	D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	\$6
D1351, D1354	Sellador	Sin cargo	D1556	Remoción de mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante	\$6
D1352	Restauración preventiva de resina	Sin cargo	D1557-58	Extracción de mantenedor de espacio	\$12
D1353	Reparación de Sellador - por diente	Sin cargo	D1575	Mantenedor de espacio tipo zapatilla distal - fijo - unilateral	\$83
			D2990	Infiltración de lesiones con resina	Sin cargo
Los servicios diagnósticos y preventivos pueden estar sujetos a limitaciones de edad y frecuencia. Vea los detalles en su folleto.					
RESTAURATIVO					
DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES					
D2140	Amalgama - 1 superficie (primario o permanente)	\$10	D2391	Compuesto a base de resina - 1 superficie, posterior	\$35
D2150	Amalgama - 2 superficies (primario o permanente)	\$12	D2392	Compuesto a base de resina - 2 superficies, posterior	\$50
D2160	Amalgama - 3 superficies (primario o permanente)	\$16	D2393	Compuesto a base de resina - 3 superficies, posterior	\$60
D2161	Amalgama - 4 o más superficies (primario o permanente)	\$18	D2394	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, posterior	\$90
D2330	Compuesto a base de resina - 1 superficie, anterior	\$15	D2921	Reimplantación de fragmento de diente, borde incisal	\$5
D2331	Compuesto a base de resina - 2 superficies, anterior	\$21	D2940	Restauración de protección	\$3
D2332	Compuesto a base de resina - 3 superficies, anterior	\$25	D2941	Restauración terapéutica interina - dentición primaria	\$1
D2335	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, anterior (o incluyendo ángulo incisal)	\$45	D2951	Perno de retención - además de la restauración	\$10
D2390	Corona compuesta de resina, anterior	\$50			
CORONAS/PUENTES					
D2510	Incrustación - metálica, 1 superficie	\$195	D6087	Corona apoyada en implante: aleaciones nobles	\$255
D2520	Incrustación - metálica, 2 superficies	\$195	D6088	Corona apoyada en implante: titanio y aleaciones de titanio	\$255
D2530	Incrustación - metálica, 3 superficies	\$195	D6094	Corona apoyada en estribo - titanio	\$255
D2542	Sobrepuesto - metálico, 2 superficies	\$210	D6097	Corona apoyada en estribo: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$255

ed.2020 "Patient Pays" applies to procedures provided by the member's Primary Care Dentist or approved specialty dentist.

Proprietary

Current Dental Terminology © 2020 American Dental Association. All rights reserved.

DMO® Dental Benefits Summary

D2543	Sobrepuesto - metálico, 3 superficies	\$210	D6098	Retenedor apoyado en implante: porcelana/aleaciones predominantemente bajas	\$255
D2544	Sobrepuesto - metálico, 4 o más superficies	\$210	D6099	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija: porcelana/aleaciones nobles	\$255
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica - 1 superficie	\$195	D6110	Dentadura postiza completa removible apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$275
D2620	Incrustación, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$195	D6111	Dentadura postiza completa removible apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$275
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica - 3 o más superficies	\$195	D6112	Dentadura postiza parcial removible apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$275
D2642	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$210	D6113	Dentadura postiza parcial removible apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$275
D2643	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 3 superficies	\$210	D6114	Dentadura postiza completa fija apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$275
D2644	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 4 o más superficies	\$210	D6115	Dentadura postiza completa fija apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$275
D2650	Incrustación, compuesto/resina - 1 superficie	\$195	D6116	Dentadura postiza parcial fija apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$275
D2651	Incrustación, compuesto/resina - 2 superficies	\$195	D6117	Dentadura postiza parcial fija apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$275
D2652	Incrustación, compuesto/resina - 3 superficies	\$195	D6120	Abutment Sup Retainer - porcelain/titanium and titanium alloys	\$255
D2662	Sobrepuesto, compuesto/resina - 2 superficies	\$210	D6121	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones predominantemente bajas	\$255
D2663	Sobrepuesto, compuesto/resina - 3 superficies	\$210	D6122	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones nobles	\$255
D2664	Sobrepuesto, compuesto/resina - 4 o más superficies	\$210	D6123	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: titanio y aleaciones de titanio	\$255
D2710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$255	D6195	Retenedor apoyado en estribo: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$255
D2712	Corona - 3/4 del compuesto a base de resina, indirecto	\$204	D6205	Póntico - compuesto a base de resina, indirecto	\$255
D2720	Corona - resina con metal altamente noble	\$255	D6210	Póntico - colado en metal altamente noble	\$255
D2721	Corona - resina con metal predominantemente bajo	\$255	D6211	Póntico - colado en metal predominantemente bajo	\$255
D2722	Corona - resina con metal noble	\$255	D6212	Póntico - colado en metal noble	\$255
D2740	Corona - sustrato de porcelana/cerámica	\$255	D6214	Póntico - titanio	\$255
D2750	Corona - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$255	D6240	Póntico - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$255
D2751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$255	D6241	Póntico - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$255
D2752	Corona - porcelana fundida sobre metal noble	\$255	D6242	Póntico - porcelana fundida sobre metal noble	\$255
D2753	Corona: porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$255	D6243	Pontic - porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$255
D2780	Corona - colada con 3/4 de metal altamente noble	\$255	D6245	Póntico - porcelana/cerámica	\$255
D2781	Corona - colada con 3/4 de metal predominantemente bajo	\$255	D6250	Póntico - resina con metal altamente noble	\$255
D2782	Corona - colada con 3/4 de metal noble	\$255	D6251	Póntico - resina con metal predominantemente bajo	\$255
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$255	D6252	Póntico - resina con metal noble	\$255
D2790	Corona - colada en metal sólido altamente noble	\$255	D6545	Retenedor - colado en metal para prótesis fija adherida con resina	\$195
D2791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$255	D6548	Retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina	\$195
D2792	Corona - colada en metal sólido noble	\$255	D6549	Retenedor de resina: prótesis adherida con resina	\$128
D2794	Corona - titanio	\$255	D6600	Incrustación - porcelana/cerámica, 2 superficies	\$195

DMO® Dental Benefits Summary

D2910	Recementado de incrustación, sobrepuesto o restauración de recubrimiento parcial	\$10	D6601	Incrustación - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$195
D2915	Perno y núcleo vaciados, recementados o prefabricados	\$5	D6602	Incrustación - colada en metal altamente noble, 2 superficies	\$225
D2920	Recementado de corona	\$10	D6603	Incrustación - colada en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$225
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente primario	\$56	D6604	Incrustación - colada en metal predominantemente bajo, 2 superficies	\$195
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$40	D6605	Incrustación - colada en metal predominantemente bajo, 3 o más superficies	\$195
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	\$50	D6606	Incrustación - colada en metal noble, 2 superficies	\$215
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético - diente primario	\$40	D6607	Incrustación - colada en metal noble, 3 o más superficies	\$215
D2950	Construcción de núcleo, incluye todas las clavijas	\$80	D6608	Sobrepuesto - porcelana/cerámica, 2 superficies	\$210
D2952	Perno y núcleo, además de la corona	\$112	D6609	Sobrepuesto - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$210
D6010	Endosteal implant - surgical placement	\$1,215	D6610	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 2 superficies	\$240
D6013	Surgical placement of mini implant	\$756	D6611	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$240
D6056	Prefabricated abutment - includes placement	\$440	D6612	Sobrepuesto - colado en metal predominantemente bajo, 2 superficies	\$210
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en estribo	\$255	D6613	Sobrepuesto - colado en metal predominantemente bajo, 3 o más superficies	\$210
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$255	D6614	Sobrepuesto - colado en metal noble, 2 superficies	\$230
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$255	D6615	Sobrepuesto - colado en metal noble, 3 o más superficies	\$230
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal noble)	\$255	D6624	Incrustación - titanio	\$225
D6062	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$255	D6634	Sobrepuesto - titanio	\$240
D6063	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$255	D6710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$255
D6064	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal noble)	\$255	D6720	Corona - resina con metal altamente noble	\$255
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	\$255	D6721	Corona - resina con metal predominantemente bajo	\$255
D6066	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en implante (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$255	D6722	Corona - resina con metal noble	\$255
D6067	Corona de metal apoyada en implante (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$255	D6740	Corona - porcelana/cerámica	\$255
D6068	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	\$255	D6750	Corona - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$255
D6069	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (altamente noble)	\$255	D6751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$255
D6070	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (predominantemente bajo)	\$255	D6752	Corona - porcelana fundida sobre metal noble	\$255
D6071	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (noble)	\$255	D6753	Corona: porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$255
D6072	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (altamente noble)	\$255	D6780	Corona - colada con 3/4 de metal altamente noble	\$255

DMO® Dental Benefits Summary

D6073	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (predominantemente bajo)	\$255	D6781	Corona - colada con 3/4 de metal predominantemente bajo	\$255
D6074	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (noble)	\$255	D6782	Corona - colada con 3/4 de metal noble	\$255
D6075	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	\$255	D6783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$255
D6076	Implant Supported Retainer for FPD - Porcelain Fused to high noble alloys	\$255	D6784	Crown 3/4 - titanium and titanium alloys	\$255
D6077	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija: aleaciones altamente nobles	\$255	D6790	Corona - colada en metal sólido altamente noble	\$255
D6080	Implant Maintenance Procedures	\$88	D6791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$255
D6081	Escamación/desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de superficies de implantes, sin inserción y cierre del colgajo	\$16	D6792	Corona - colada en metal sólido noble	\$255
D6082	Corona apoyada en implante: porcelana/aleaciones predominantemente bajas	\$255	D6794	Corona - titanio	\$255
D6083	Corona apoyada en implante: porcelana fundida sobre aleaciones nobles	\$255	D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	\$15
D6084	Corona apoyada en implante: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$255	Cargo adicional por unidad por rehabilitación de la boca completa		\$125
D6086	Corona apoyada en implante: aleaciones predominantemente bajas	\$255			

Rehabilitación de la boca completa se define como 6 o más unidades de coronas y/o puentes cubiertos en un solo tratamiento.

Los cargos por coronas y puentes se cobran por unidad. Habrá un cargo adicional por el costo real de oro/metales altamente nobles.

ENDODONCIA

D3110	Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final)	\$4	D3333	Reparación de defectos de perforación en raíz interna	\$55
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto (excluye restauración final)	\$4	D3346	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - anterior	\$170
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye restauración final)	\$22	D3347	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - bicúspide	\$209
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$10	D3348	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - molar	\$380
D3222	Pulpotomía parcial	\$20	D3410 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - anterior	\$92
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - anterior, diente primario	\$22	D3421 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - bicúspide (primera raíz)	\$92
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - posterior, diente primario	\$22	D3425 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - molar (primera raíz)	\$90
D3310	Terapia de conducto de la raíz - anterior (excluye restauración final)	\$70	D3426 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - cada raíz adicional	\$55
D3320	Terapia de conducto de la raíz - bicúspide (excluye restauración final)	\$109	D3427 (1)	Cirugía perirradicular sin apicoectomía	\$69
D3330	Terapia de conducto de la raíz - molar (excluye restauración final)	\$280	D3430 (1)	Restauración a retro - por cada raíz	\$40
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto de la raíz, sin acceso quirúrgico	\$70	D3450 (1)	Amputación radicular - por cada raíz	\$70
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, irreparable o fracturado	\$55			

(1) Algunos servicios pueden estar cubiertos en el Plan Médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener más detalles.

PERIODONCIA

D4210 (1)	Gingivectomía o gingivoplastia - 4 o más dientes - por cuadrante	\$133	D4275 (1)	Auto trasplante de tejido blando	\$275
D4211 (1)	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$57	D4276 (1)	Injerto de tejido conectivo/pedicular, por diente	\$227

DMO® Dental Benefits Summary

D4212 (1)	Gingivectomía para permitir acceso, por diente	\$23	D4277 (1)	Injerto libre de tejido blando - primer diente	\$98
D4240 (1)	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 4 o más dientes - por cuadrante	\$134	D4278 (1)	Injerto libre de tejido blando - cada diente adicional	\$49
D4241 (1)	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$80	D4283 (1)	Injerto de tejido conectivo autógeno	\$76
D4245 (1)	Colgajo posicionado apicalmente	\$110	D4285 (1)	Injerto de tejido conectivo no autógeno	\$151
D4249	Alargamiento de corona clínica, tejido duro	\$180	D4341	Escamación periodontal y limadura de raíces - 4 o más dientes - por cuadrante	\$51
D4260 (1)	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo) - 4 o más dientes - por cuadrante	\$300	D4342	Escamación periodontal y limadura de raíces - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$31
D4261 (1)	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo) - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$180	D4355	Desbridamiento	\$60
D4268 (1)	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	\$120	D4910	Mantenimiento periodontal	\$45
D4270 (1)	Procedimiento de injerto pedicular de tejido blando	\$230	D4920	Cambio no programado de apósito (por una persona que no sea el dentista tratante)	\$10
D4273 (1)	Injerto subepitelial de tejido conectivo, por diente	\$138			

(1) Algunos servicios pueden estar cubiertos en el Plan Médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener más detalles.

PROSTODONCIA - REMOVIBLE (2)

D5110	Dentadura postiza completa - maxilar	\$275	D5223-D5224	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar/mandibular - armazón de metal bajo fundido con base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$403
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular	\$275	D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$330
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar	\$315	D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$330
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular	\$315	D5282-83	Dentadura postiza parcial unilateral removible - una pieza de metal fundido (incluye enganches y dientes)	\$275
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$275	D5284	Removable Unilateral Partial Denture - One Piece flex base (including clasps and teeth) - per quad	\$165
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$275	D5286	Removable Unilateral Partial Denture - one piece resin (including clasps and teeth) - per quad	\$138
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - armazón de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$350	D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar	\$10
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - armazón de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$350	D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular	\$10
D5221-D5222	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar/mandibular - base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$316	D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar	10
			D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular	10

(2) Incluye recubierta, ajustes, rebases dentro de los primeros 6 meses. Los ajustes a las dentaduras postizas realizados dentro de los seis meses de colocadas están limitados a no más de cuatro ajustes.

REPARACIONES DE APARATOS PROTESICOS

DMO® Dental Benefits Summary

D5511-D5512	Reparar base rota de dentadura postiza completa	\$30	D5730	Recubrir dentadura postiza maxilar completa (en la silla dental)	\$45
D5520	Reemplazar dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	\$20	D5731	Recubrir dentadura postiza mandibular completa (en la silla dental)	\$45
D5611-D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina	\$35	D5740	Recubrir dentadura postiza parcial maxilar (en la silla dental)	\$45
D5621-D5622	Reparación de armazón parcial fundida	\$35	D5741	Recubrir dentadura postiza parcial mandibular (en la silla dental)	\$45
D5630	Reparar o reemplazar enganche roto	\$35	D5750	Recubrir dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)	\$102
D5640	Reemplazar dientes rotos - por diente	\$35	D5751	Recubrir dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	\$102
D5650	Añadir diente a dentadura postiza parcial existente	\$35	D5760	Recubrir dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	\$102
D5660	Añadir enganche a dentadura postiza parcial existente	\$40	D5761	Recubrir dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	\$102
D5670	Reemplazar todos los dientes y el acrílico en armazón de metal fundido (maxilar)	\$100	D5820	Dentadura postiza parcial interina (maxilar) (3)	\$90
D5671	Reemplazar todos los dientes y el acrílico en armazón de metal fundido (mandibular)	\$100	D5821	Dentadura postiza parcial interina (mandibular) (3)	\$90
D5710	Rebasar dentadura postiza maxilar completa	\$100	D5850	Condicionamiento de tejido, maxilar	\$40
D5711	Rebasar dentadura postiza mandibular completa	\$100	D5851	Condicionamiento de tejido, mandibular	\$40
D5720	Rebasar dentadura postiza parcial maxilar	\$100	D5876	Agregado de subestructura metálica a dentadura postiza completa de acrílico (por arco)	\$30
D5721	Rebasar dentadura postiza parcial mandibular	\$100			

(3) Elegible para dientes anteriores solamente.

CIRUGÍA ORAL

D7111	Extracción, residuos coronales - diente decidual	\$4	D7285 (1)	Biopsia de tejido oral - duro (hueso, diente)	\$75
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)	\$11	D7286 (1)	Biopsia de tejido oral - blando	\$75
D7210 (1)	Remoción quirúrgica de diente erupcionado	\$28	D7287 (1)	Toma de muestra para citología	\$38
D7220 (1)	Remoción de diente impactado - tejido blando	\$46	D7310 (1)	Alveoplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$25
D7230 (1)	Remoción de diente impactado - parcialmente óseo	\$58	D7311 (1)	Alveoplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$13
D7240 (1)	Remoción de diente impactado - totalmente óseo	\$117	D7320 (1)	Alveoplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$40
D7241 (1)	Remoción de diente impactado - totalmente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$117	D7321 (1)	Alveoplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$20
D7250 (1)	Remoción quirúrgica de restos radiculares	\$25	D7510 (1)	Incisión y drenaje de abscesos - intraoral, tejido blando	\$20
D7251	Coronectomy - intentional partial tooth removal	\$59	D7511 (1)	Incisión y drenaje de abscesos - intraoral, tejido blando - con complicaciones	\$22
D7280 (1)	Acceso quirúrgico de diente no erupcionado	\$26	D7960 (1)	Frenulectomía (frenectomía, frenotomía), procedimiento independiente	\$34
D7282 (1)	Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para ayudar a la erupción	\$30	D7963 (1)	Frenuloplastia	\$36
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	\$6			

(1) Algunos servicios pueden estar cubiertos en el Plan Médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener más detalles.

OTROS SERVICIOS (AUXILIARES)

D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales - procedimiento menor	\$10	D9942	Reparación y/o recubierta de protectores oclusales	\$18
-------	---	------	-------	--	------

DMO® Dental Benefits Summary

D9222	Sedación profunda o anestesia general (los primeros 15 minutos)	\$104	D9943	Ajuste de protectores oclusales	\$13
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada incremento de 15 minutos	\$83	D9944	Protector oclusal: dispositivo duro, arco completo	\$115
D9239	Sedación consciente intravenosa o analgesia (los primeros 15 minutos)	\$104	D9945	Protector oclusal: dispositivo blando, arco completo	\$100
D9243	Sedación consciente intravenosa/analgesia - cada incremento de 15 minutos	\$83	D9946	Protector oclusal: dispositivo duro, arco parcial	\$60
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico prestado por un dentista o médico que no es el dentista o médico tratante	Sin cargo	D9951	Ajuste oclusal - limitado	\$20
D9311	Consulta con un profesional de salud médica	Sin cargo	D9952	Ajuste oclusal - completo	\$80
D9932-D9935	Limpieza y revisión de dentadura postiza	\$25			

ORTODONCIA

	Tratamiento completo de ortodoncia		Incluye examen, registros, retención y dispositivo	
	Adolescentes (el dispositivo debe colocarse antes de los 20 años de edad): no incluye la dentición mixta	\$2,800		
	Adultos: no incluye la dentición mixta	No está cubierto.		

Información adicional importante

Este resumen de beneficios de Aetna Dental Maintenance Organization (DMO®) proporciona información sobre los beneficios provistos cuando los servicios son prestados por un dentista participante. Para que una persona cubierta tenga derecho a los beneficios, es necesario que los servicios dentales sean proporcionados por un dentista de cuidado primario seleccionado de la red de dentistas DMO participantes. Pueden aplicarse beneficios fuera de la red. Consulte su Programa de Beneficios.

Los empleados en los estados de AZ, CA, GA, MA, MD, MO, NC, NJ y TX deben vivir o trabajar dentro del área de servicio de DMO® para ser elegibles para inscribirse en los planes de DMO®.

Debido a leyes estatales, los beneficios limitados de DMO® (que varían según el estado) para servicios que no son de emergencia brindados por proveedores no participantes están disponibles para contratos del plan celebrados en los siguientes estados: Connecticut, Illinois, Kentucky, Massachusetts y Ohio, y para miembros residentes en Oklahoma (independientemente del estado en el que tiene origen el contrato).

Residentes de Massachusetts: Antes de inscribirse, debe tener en cuenta que los profesionales de nuestra red de proveedores preferidos en Massachusetts se encuentran principalmente en los siguientes condados: Barnstable, Berkshire, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester. Si no visita a un proveedor de la red, los gastos de desembolso serán más altos. Es posible que, en algunos planes, los beneficios no estén disponibles para ningún proveedor fuera de la red.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN*

Algunos de los servicios que no están cubiertos por el plan son:

- Servicios o suministros que están cubiertos del todo o en parte:
 - según otro aspecto de este Plan de Atención Dental, o
 - en algún otro plan de beneficios de grupo provisto por su empleador o a través de éste.
- Servicios y suministros para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es:
 - una enfermedad no ocupacional, o
 - una lesión no ocupacional.
- Servicios que no están listados en el Programa de Atención Dental correspondiente, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
- Aquellos por reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado, y aquellos por reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, mal uso o negligencia.
- Aquellos por cirugía plástica, cosmética o reconstructiva, u otros servicios o suministros dentales cuya intención principal sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia. Esto se aplica bien sea que los servicios y los suministros tengan o no motivos psicológicos o emocionales. Los recubrimientos en las coronas de molares y en los puentes se considerarán siempre cosméticos.
- Those for or in connection with services, procedures, drugs or other supplies that are determined by Aetna to be experimental or still under clinical investigation by health professionals. (Does not apply to TX plans)

DMO® Dental Benefits Summary

7. Aquellos por: dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios utilizados con el propósito de ferulización, para alterar la dimensión vertical a fin de restaurar la oclusión o corregir desgaste, abrasión o erosión. No se aplica a los contratos de CA.
8. Aquellos relacionados con alguno de los siguientes servicios (no se aplica a los contratos de TX): (a) un dispositivo o modificación de éste si la impresión fue tomada antes de que la persona quedara cubierta; (b) una corona, puente o restauración fundida o procesada si el diente fue preparado para ello antes de que la persona quedara cubierta; (c) terapia de conducto de la raíz si la cámara pulpar fue abierta antes de que la persona quedara cubierta.
9. Servicios que Aetna ha definido como innecesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la condición involucrada. Esto se aplica aun en el caso de que sean prescritos, recomendados o aprobados por el médico o dentista tratante.
10. Aquellos por servicios destinados al tratamiento de algún problema en la articulación de la mandíbula, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
11. Aquellos por mantenedores de espacio, excepto cuando sea necesario para preservar el espacio resultante de la pérdida prematura de un diente decidual.
12. Aquellos por tratamientos de ortodoncia, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
13. Aquellos por anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos. En los planes que cubren estos servicios, no serán elegibles para beneficios a menos que se presten en conjunto con otro servicio cubierto necesario.
14. Aquellos por tratamientos prestados por alguien que no sea dentista, salvo que la escamación o la limpieza de dientes y la aplicación tópica de fluoruro puedan ser llevados a cabo por un higienista dental con licencia. En este caso, el tratamiento debe efectuarse con la guía y supervisión de un dentista.
15. Aquellos en relación con un servicio prestado a un dependiente de 5 años de edad o más si ese dependiente quedó cubierto en casos distintos de los siguientes: (a) durante los primeros 31 días en que el dependiente tiene derecho a esta cobertura, o (b) según lo prescrito por cualquier período de inscripción abierta acordado entre el empleador y Aetna. Esto no se aplica a los cargos incurridos: (i) después de finalizado el período de doce meses a partir de la fecha en que el dependiente quedó cubierto, o (ii) como resultado de lesiones accidentales sufridas mientras el dependiente estaba cubierto, o (iii) por un servicio de cuidado primario incluido en el Programa de atención dental que aparezca bajo los títulos Visitas y Exámenes, y Radiografías y Patología.
16. Servicios prestados por un proveedor dental no participante hasta el punto de que los cargos excedan el monto a pagar por los servicios que aparecen en el Programa de Atención Dental correspondiente.
17. Aquellos por una corona, restauración fundida o procesada a menos que: (a) el tratamiento se deba a caries dentales o lesión traumática, y los dientes no se puedan restaurar con material de relleno, o (b) el diente sirva como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.
18. Aquellos por pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales nobles a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
19. Aquellos por la remoción quirúrgica de muelas del juicio impactadas sólo por motivos de ortodoncia a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
20. Aquellos por servicios que se requieren solamente en relación con servicios no cubiertos.
21. Aquellos por servicios prestados cuando no hay evidencia de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos. No se aplica a los contratos de CA.
Cualquiera de las exclusiones anteriores no se aplicará si la cobertura de los cargos es un requisito de alguna ley que se aplique a la cobertura.
*Esta es una lista parcial de las exclusiones y limitaciones; pueden aplicarse otras. Consulte el folleto de su plan para más detalles.
Remisión a especialistas
1. Under the DMO dental plan, services performed by specialists are eligible for coverage only when prescribed by the primary care dentist and authorized by Aetna Dental. If Aetna's payment to the specialty dentist is based on a negotiated fee, then the member's copayment for the service will be based on the same negotiated fee. 2. Los miembros del Plan DMO pueden visitar un ortodoncista sin necesidad de conseguir remisión de su dentista de cuidado primario. En un esfuerzo por aliviar las tareas administrativas tanto para los dentistas participantes en Aetna como para los miembros, Dental ha facilitado el acceso directo de los miembros DMO a los servicios de ortodoncia.
Atención dental de emergencia

DMO® Dental Benefits Summary

Si usted necesita atención dental de emergencia para el tratamiento paliativo (alivio del dolor, estabilización) de una emergencia dental, usted está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted debe comunicarse con su dentista de cuidado primario (PCD) para recibir tratamiento. Si usted no puede ponerse en contacto con su PCD, debe comunicarse con Servicio a Miembros para obtener ayuda en la ubicación de un dentista. Consulte los documentos de su plan si desea detalles. Sujeto a requisitos estatales. La atención dental de emergencia fuera del área puede ser revisada por nuestros consultores dentales para verificar que el tratamiento sea el apropiado.

La cobertura de su Plan de Atención Dental está sujeta a las siguientes normas:

Norma de reemplazo

El reemplazo de, la adición a, o la modificación de:

dentaduras postizas existentes;

coronas;

restauraciones fundidas o procesadas;

dentaduras postizas removibles;

puentes fijos u

otros servicios protésicos

están cubiertos sólo si se cumple alguno de los siguientes criterios:

El reemplazo o la adición de dientes se requiere para reemplazar uno o más dientes extraídos después de que se colocó el puente o la dentadura postiza existente. Esta cobertura debe haber estado vigente para la persona cubierta cuando tuvo lugar la extracción.

La dentadura postiza, corona, restauración fundida o procesada, dentadura postiza removible, puente u otro servicio protésico existente no puede arreglarse y fue colocado dentro de un mínimo de 5 años antes de su reemplazo.

La dentadura postiza existente es de carácter temporal inmediato para reemplazar uno o más dientes naturales extraídos mientras la persona estaba cubierta y no puede volverse permanente, y se requiere el reemplazo por una dentadura postiza permanente. El reemplazo debe tener lugar dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de instalación inicial de la dentadura postiza temporal inmediata.

La extracción de un tercer molar no califica. Dicho dispositivo o puente fijo debe incluir el reemplazo de uno o más dientes extraídos.

Norma del diente faltante no reemplazado (no se aplica a los contratos de TX y CA)

La cobertura para la primera colocación de dentaduras postizas removibles, puentes fijos y otros servicios protésicos está sujeta al requerimiento de que tales dentaduras postizas removibles, puentes fijos y otros servicios protésicos sean: (i) necesarios para reemplazar uno o más dientes naturales que fueron extraídos durante la vigencia de esta póliza para la persona cubierta, y (ii) no sean estribos para una dentadura postiza parcial, puente removible o puente fijo colocado dentro de los 5 años anteriores.

Norma de tratamiento alternativo: Si hay más de un servicio que se puede utilizar para tratar la condición dental de una persona cubierta, Aetna puede decidir que autoriza la cobertura solamente para el servicio cubierto menos costoso, siempre y cuando se cumplan todos los criterios siguientes:

(a) el servicio debe figurar en la lista del Programa de atención dental;

(b) el servicio seleccionado debe estar considerado por la profesión odontológica como método apropiado de tratamiento, y

(c) el servicio seleccionado debe ser ampliamente aceptado según los estándares nacionales de práctica dental.

Si el tratamiento es brindado por un proveedor dental participante y la persona cubierta solicita un servicio cubierto más costoso que aquel para el que se aprueba la cobertura, el copago específico para tal servicio comprenderá:

(a) El copago del servicio aprobado menos costoso.

(b) La diferencia en costo entre el servicio aprobado menos costoso y el servicio cubierto más costoso.

Norma de reactivación: si su cobertura de empleado y dependientes finaliza debido a que sus contribuciones no son pagadas a tiempo, puede que no vuelva a estar cubierto por un período de dos años a partir de la fecha en que finalice su cobertura. Si usted pertenece a una clase elegible, puede reinscribirse y reinscribir a sus dependientes elegibles al finalizar dicho período de dos años. Su cobertura dental entrará en vigencia según lo descrito en la sección Fecha de vigencia de la cobertura del Folleto Certificado. Su cobertura dental estará sujeta a toda norma que se aplique a una persona que se inscriba después de los primeros 31 días en que la persona tiene derecho a la cobertura.

Cómo encontrar a los proveedores participantes

DMO® Dental Benefits Summary

Consult Aetna Dental's online provider search for the most current provider listings. Participating providers are independent contractors in private practice and are neither employees nor agents of Aetna Dental or its affiliates. The availability of any particular provider cannot be guaranteed, and provider network composition is subject to change without notice. Not every provider listed in the directory will be accepting new patients. Although Aetna Dental has identified providers who were not accepting patients in our DMO plan as known to Aetna Dental at the time the provider directory was created, the status of a provider's practice may have changed. For the most current information, please contact the selected provider or Aetna Member Services at the toll-free number on your online ID card, or use our Internet-based provider search available at www.aetna.com.

Specific products may not be available on both a self-funded and insured basis. The information in this document is subject to change without notice. In case of a conflict between your plan documents and this information, the plan documents will govern. In the event of a problem with coverage, members should contact Member Services at the toll-free number on their online ID cards for information on how to utilize the grievance procedure when appropriate. All member care and related decisions are the sole responsibility of participating providers. Aetna Dental does not provide health care services and, therefore, cannot guarantee any results or outcomes.

Servicios de telesalud: Con el plan se reembolsará al proveedor tratante o de consulta por el diagnóstico, la consulta o el tratamiento de una persona inscrita a través del servicio de telesalud sobre la misma base y en la misma medida que con el plan se hubiese reembolsado el mismo servicio cubierto en persona.

Los planes dentales son proporcionados o administrados por Aetna Life Insurance Company, Aetna Dental Inc., Aetna Dental of California, Inc. y/o Aetna Health Inc.

In Arizona, DMO Dental Plans are provided or administered by Aetna Health Inc.

Este material tiene solamente propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura ni consejería dental. Éste contiene sólo una descripción parcial y general de beneficios de planes o programas y no constituye un contrato. Aetna no proporciona servicios dentales y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prevenir ninguna consecuencia. La disponibilidad de un plan o programa puede variar según el área geográfica de servicio. Ciertos planes dentales sólo están disponibles para grupos de un tamaño determinado de acuerdo con guías preestablecidas. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones y exclusiones. Consulte los documentos del plan (Programa de Beneficios, Certificado/Evidencia de Cobertura, Folleto, Folleto Certificado, Contrato de Grupo, Póliza de Grupo) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con su plan.

Aetna complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude or treat people differently based on their race, color, national origin, sex, age, or disability.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al 877-238-6200.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),
1-800-648-7817, TTY: 711,
Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705),
CRCordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).

TTY:711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Albanian	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi në numrin që gjendet në kartën tuaj të identitetit.
Amharic	የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎች ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ።

ed.2020 "Patient Pays" applies to procedures provided by the member's Primary Care Dentist or approved specialty dentist.

Effective Date: 01-01-2021

DMO® Dental Benefits Summary

Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավիվար խորհրդատվություն ստանալու համար գանգահարեք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հէրախոսահամարով
Bantu-Kirundi	Kugira uronke serivisi z'indimi ata kiguzi, hamagara inomeru iri ku karangamuntu kawe
Bengali	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন।
Burmese	သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရဘဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per a vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d’identificació.
Cebuano	Aron maakses ang mga serbisyo sa lengguwahe nga wala kay bayran, tawagi ang numero nga anaa sa imong kard sa ID.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguahi ni dibåtde para hægu, ågang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ႤႬႃႉ Ⴎႊႆႇႏႍ Ⴀႊႈႇႎႊ႗ Ⴀ Ⴁ႐ႇ႗ ႠႥႦႦ႗ႊ႗ Ⴀႚ, ႠႊႆႛႠႊ႙ Ⴀႚႚ Ⴀႋႇ႗ ႆႊႆ႗ႊ ႠႚႠ ID Ⴀႆႆႇ႗ ႠႚႠႠ.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Choctaw	Anumpa tosholi i toksvli ya peh pilla ho ish i payahinla kv̄t chi holisso kallo iskitini holhtena takanli ma i payah
Chuukese	Ren omw kopwe angei anininisn eman chon awewei (ese kamé), kopwe kééri ewe nampa mei mak won noum ena katen ID
Cushitic-Oromo	Tajaajiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf,lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
Dutch	Voor gratis taaldiensten, bel het nummer op uw ziekteverzekeringskaart.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλωσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારે કોઇ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર કોલ કરવો.
Hawaiian	No ka wala‘au ‘ana me ka lawelawe ‘ōlelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki ‘ole ‘ia kēia kōkua nei.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughị ugwo obula, kpọọ nomba nọ na kaadi njirimara gị
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguisticistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	vXw>urRM>usdmw>rRpRXrtw>zH;w>rRwz. vXwtđ.'D;tyShRvXeub.[h.tDRt*D><ud;b.vDwjpeđD.*H>vXttđ.vXecd.*DR A (ID) tvđRM.wuh>l
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بۆ دەستگیرکەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بە ئێ تێجوون بۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتی خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າໃຊ້ບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທລະສັບໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Nan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelok wōnean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo am.
Micronesia-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahliah nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាភាសាដែលគេកត់ត្រូសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	Tʼáá ní nizaad kʼehjí bee níká aʼdoowoł doo búáh ílinígóó naaltsos bee atah níłjigo nanitiníígíí bee nééhoʼdólzinígíí béésh bee haneʼi bikáʼígíí áajíʼ hólnéʼ.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të kcor yin ran de wëër de thokic ke cín wëu kor keek tënɔŋ yin. Ke yin col ran ye koc kuony në namba de abac tš në ID kard duön de tïit de nyin de panakim köu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.

DMO® Dental Benefits Summary

Pennsylvanian -Dutch	Um Schprooch Services zu griegie mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Romanian	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați numărul de pe cardul de membru.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Samoan	Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se tologi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.
Serbo-Croatian	Za besplatne prevodilačke usluge pozovite broj naveden na Vašoj identifikacionoj kartici.
Spanish	Para acceder a los servicios lingüísticos sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.
Sudanic Fulfulde	Heeba a naasta nder ekkitol jaangirde woldeji walla yobugo, ewnu lamba je don windi ha do derowol maada.
Swahili	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyo kwenye kadi yako ya kitambulisho.
Syriac-Assyrian	ܟܘܦܬܐ ܗܘܕܡܐ ܙܐ ܠܘܒܗܐ ܒܝܠܐ ܡܠܝܦܐ ܟܘܐܟܐ, ܡܝܬܥܐ ܢܡܒܪܐ ܕܝܠܝܝܐ ܕܝܠܝܝܐ ܕܝܠܝܝܐ ܕܝܠܝܝܐ.
Swahili	Kupata huduma za lugha bila malipo kwako, piga nambari iliyo kwenye kadi yako ya kitambulisho.
Tagalog	Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang walang bayad, tawagan ang numero sa iyong ID card.
Telugu	భాష సేవలను మీకు ఖర్చు లేకుండా అందుకునేందుకు, మీ ఐడి కార్డుపై ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి.
Thai	หากท่านต้องการเข้าถึงการบริการทางด้านภาษาโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โปรดโทรหมายเลขที่แสดงอยู่บนบัตรประจำตัวของท่าน
Tongan	Kapau 'oku ke fiema'u ta'etōtōngi 'a e ngaahi sēvesi kotoa pē he ngaahi lea kotoa, telefoni ki he fika 'oku hā atu 'i ho'o ID kaati.
Turkish	Dil hizmetlerine ücretsiz olarak erişmek için kimlik kartınızdaki numarayı arayın.
Ukrainian	Щоб безкоштовно отримати мовні послуги, задзвоніть за номером, вказаним на вашій ідентифікаційній картці.
Urdu	لسانی خدمات تک مفت رسائی کے لیے، اپنے بیمہ کے ID کارڈ پر درج نمبر پر کال کریں۔
Vietnamese	Để sử dụng các dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, vui lòng gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị.
Yiddish	צו באקומען שפראך טערוועסע פאר" פון אפצאל, רופט דעם נומער אויף אײער ID קארטל.
Yoruba	Láti ráyèsí àwọn ọṣẹ̀ èdè fún ọ lófẹ́fẹ́, pe nọmbà tò wà lóri kààdì idánimò rẹ.