



FL/\$0/\$0/\$20/Solstice S700B-SHP

SMC/D1068

Los miembros del Plan Dental FL/\$0/\$0/\$20/Solstice S700B-SHP SMC cumplen los requisitos para recibir beneficios inmediatamente a partir de la fecha de vigencia de la cobertura:

- Sin períodos de espera
- Sin deducibles ni máximos
- Sin tener que presentar formularios de reclamo

Los copagos del miembro que se indican aquí son ofrecidos por dentistas generales participantes dentro de la red. El miembro recibe:

- La mayor parte del cuidado preventivo y de diagnóstico sin cargo
- Los tratamientos estéticos y de ortodoncia cubiertos

Los miembros pueden buscar un proveedor participante en
<http://es.myuhc.com>
Servicio al Cliente: 800-955-4137

El miembro es responsable, en última instancia, de verificar si las tarifas que cobra un proveedor de la red por un beneficio dental son las que corresponden. Recomendamos a todos nuestros miembros que, antes de comenzar un tratamiento propuesto, consulten la "Lista de Beneficios" o a nuestro Servicio al Cliente para verificar todas las tarifas de dicho tratamiento.

Cuando un dentista general participante presta los servicios, se aplican los siguientes copagos del miembro. Un "*" significa limitaciones en ciertos beneficios (consulte "Exclusiones/Limitaciones").

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA	ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO					
D0120*	EVALUACIÓN BUCAL PERIÓDICA, PACIENTE ESTABLECIDO	\$0	D0330*	IMAGEN RADIOGRÁFICA PANORÁMICA	\$50
D0140	EVALUACIÓN BUCAL LIMITADA, CENTRADA EN PROBLEMA	\$0	D0340	IMAGEN RADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA BIDIMENSIONAL: TOMA, MEDICIÓN Y ANÁLISIS	\$125
D0145*	EVALUACIÓN BUCAL DE PACIENTE <3 AÑOS Y ASESORAMIENTO	\$0	D0350	IMAGEN FOTOGRÁFICA BIDIMENSIONAL BUCAL/FACIAL INTRA O EXTRABUCAL	\$20
D0150*	EVALUACIÓN BUCAL COMPLETA - PACIENTE NUEVO/ESTABLECIDO	\$0	D0364*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO - MENOS DE UN MAXILAR COMPLETO	\$169
D0160*	EVALUACIÓN BUCAL DETALLADA Y EXHAUSTIVA - CENTRADA EN EL PROBLEMA, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$0	D0365*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO DE UN ARCO DENTAL COMPLETO - MAXILAR INFERIOR	\$149
D0170	REEVALUACIÓN LIMITADA, CENTRADA EN PROBLEMA	\$0	D0366*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO DE UN ARCO DENTAL COMPLETO - MAXILAR SUPERIOR	\$139
D0171	REEVALUACIÓN, VISITA AL CONSULTORIO POSOPERATORIA	\$0	D0367*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE AMBOS MAXILARES	\$139
D0180*	EVALUACIÓN PERIODONTAL COMPLETA - PACIENTE NUEVO/ESTABLECIDO	\$0	D0368*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO PARA SERIE DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ) CON DOS O MÁS EXPOSICIONES	\$184
D0210*	SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS - INTRABUCALES	\$0	D0369*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) MAXILOFACIALES	\$139
D0220	PRIMERA IMAGEN RADIOGRÁFICA INTRABUCAL PERIAPICAL	\$4	D0370*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE ECOGRAFÍA MAXILOFACIAL	\$189
D0230	CADA IMAGEN RADIOGRÁFICA INTRABUCAL PERIAPICAL ADICIONAL	\$2	D0371*	SIALOENDOSCOPIA Y CAPTURA E INTERPRETACIÓN	\$169
D0240	IMAGEN RADIOGRÁFICA INTRABUCAL OCCLUSAL	\$0	D0372	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0
D0250	IMAGEN RADIOGRÁFICA EXTRABUCAL, PROYECCIÓN BIDIMENSIONAL	\$0	D0373	IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0
D0251*	IMAGEN RADIOGRÁFICA DENTAL EXTRABUCAL, POSTERIOR	\$0	D0373	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA DE ALETA DE MORDIDA	\$0
D0270*	ALETA DE MORDIDA - UNA SOLA IMAGEN RADIOGRÁFICA	\$0	D0374	DE ALETA DE MORDIDA	\$0
D0272*	ALETA DE MORDIDA - DOS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0	D0374	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL	\$4
D0273*	ALETA DE MORDIDA - TRES IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0	D0380*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO - MENOS DE UN MAXILAR COMPLETO	\$169
D0274*	ALETA DE MORDIDA - CUATRO IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0	D0381*	MENOS DE UN MAXILAR COMPLETO	\$0
D0277*	ALETA DE MORDIDA VERTICAL - DE 7 A 8 IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$29	D0381*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE UN ARCO DENTAL COMPLETO - MAXILAR INFERIOR	\$149
D0310	RADIOGRAFÍAS - SIALOGRAFÍA	\$150			
D0320	ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ) - INCLUYE INYECCIÓN	\$250			
D0321	OTRAS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	\$150			
D0322	ESTUDIO TOMOGRÁFICO	\$150			

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA	ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
	SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO				
D0382*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE UN ARCO DENTAL COMPLETO - MAXILAR SUPERIOR	\$139	D0803	ESCANEO TRIDIMENSIONAL DE SUPERFICIE FACIAL - DIRECTO	\$9
D0383*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE AMBOS MAXILARES	\$139	D0804	ESCANEO TRIDIMENSIONAL DE SUPERFICIE FACIAL - INDIRECTO	\$9
D0384*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO PARA SERIE DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON DOS O MÁS EXPOSICIONES	\$184		SERVICIOS PREVENTIVOS	
D0385*	CAPTURA DE IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)	\$139	D1110*	PROFILAXIS - ADULTO	\$0
D0386*	CAPTURA DE IMÁGENES MAXILOFACIALES POR ECOGRAFÍA	\$169	D1110*	- PROFILAXIS - ADULTO 1 AGREGADO PROFILAXIS DENTRO DE LOS 6 MESES	\$20
D0387	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS - SOLO CAPTURA DE IMÁGENES	\$0	D1120*	PROFILAXIS - NIÑO	\$0
D0388	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA DE ALETA DE MORDIDA - INTRABUCAL - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$0	D1120*	- PROFILAXIS - HIJO 1 AGREGADO PROFILAXIS DENTRO DE LOS 6 MESES	\$20
D0389	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$4	D1206*	BARNIZ TÓPICO DE FLUORURO	\$15
D0393*	SIMULACIÓN DE TRATAMIENTO VIRTUAL CON ESCANEO DE SUPERFICIE O VOLUMEN DE IMÁGENES TRIDIMENSIONALES	\$9	D1208*	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO - EXCLUYE BARNIZ	\$0
D0394*	SUSTRACCIÓN DIGITAL DE IMÁGENES	\$9	D1310	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	\$0
D0395*	FUSIÓN DE DOS O MÁS IMÁGENES TRIDIMENSIONALES	\$9	D1320	ASESORAMIENTO SOBRE TABAQUISMO PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	\$0
D0415	TOMA DE MUESTRAS DE MICROORGANISMOS, CULTIVO Y SENSIBILIDAD	\$0	D1330	INSTRUCCIONES SOBRE HIGIENE BUCAL	\$0
D0425	PRUEBAS PARA DETECTAR PROPENSIÓN A CARIOS	\$0	D1351*	SELLADOR - POR CADA DIENTE	\$0
D0431	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS AL DIAGNÓSTICO, SIN INCLUIR PROCEDIMIENTO DE CITOGÍA O BIOPSIA	\$65	D1352*	RESTAURACIÓN PREVENTIVA CON RESINA EN PACIENTE CON RIESGO DE CARIOS MODERADO O ALTO - DIENTE PERMANENTE	\$0
D0460	PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR	\$0	D1353	REPARACIÓN DE SELLADOR, POR DIENTE	\$0
D0470	MOLDES PARA DIAGNÓSTICO	\$0	D1354*	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO PARA PREVENIR LAS CARIOS - POR CADA DIENTE	\$20
D0472	TOMA DE TEJIDO, EXAMEN MACROSCÓPICO, PREPARACIÓN E INFORME	\$0	D1355	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO PARA PREVENIR LAS CARIOS - POR CADA DIENTE	\$20
D0473	TOMA DE TEJIDO, MICRO Y MACROSCÓPICO, PREPARACIÓN E INFORME	\$0	D1510*	MANTENEDOR DE ESPACIO - FIJO, UNILATERAL/ CUADRANTE	\$0
D0474	TOMA DE TEJIDO, MICRO Y MACROSCÓPICO, BORDES QUIRÚRGICOS, PREPARACIÓN E INFORME	\$0	D1516*	MANTENEDOR DE ESPACIO - FIJO - BILATERAL, MAXILAR	\$0
D0480	PROCESAMIENTO E INTERPRETACIÓN DE EXÁMENES CITOLÓGICOS EXOFILIATIVOS, INCLUYE PREPARACIÓN Y TRANSMISIÓN DE INFORME POR ESCRITO	\$0	D1517*	MANTENEDOR DE ESPACIO - FIJO - BILATERAL, MANDIBULAR	\$0
D0486	TOMA DE MUESTRA CITOLÓGICA TRANSEPITELIAL, EXAMEN MICROSCÓPICO, PREPARACIÓN Y TRANSMISIÓN DE INFORME POR ESCRITO	\$0	D1520*	MANTENEDOR DE ESPACIO - EXTRAÍBLE - UNILATERAL/ CUADRANTE	\$0
D0502	OTROS PROCEDIMIENTOS DE PATOLOGÍA BUCAL	\$0	D1526*	MANTENEDOR DE ESPACIO - EXTRAÍBLE - BILATERAL, MAXILAR	\$0
D0600	PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO NO IONIZANTE CAPAZ DE CUANTIFICAR, CONTROLAR Y REGISTRAR CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE, LA DENTINA Y EL CEMENTO DENTAL	\$0	D1527*	MANTENEDOR DE ESPACIO - EXTRAÍBLE - BILATERAL, MANDIBULAR	\$0
D0601	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIOS, BAJO	\$0	D1551	FIJACIÓN/ RECEMENTACIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO BILATERAL - MAXILAR	\$15
D0602	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIOS, MODERADO	\$0	D1552	FIJACIÓN/ RECEMENTACIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO BILATERAL - MANDIBULAR	\$15
D0603	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIOS, ALTO	\$0	D1553	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO POR CUADRANTE	\$15
D0701*	IMAGEN RADIOGRÁFICA PANORÁMICA - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$50	D1556	EXTRACCIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO UNILATERAL POR CUADRANTE	\$15
D0702*	IMAGEN RADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA BIDIMENSIONAL - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$125	D1557	EXTRACCIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO BILATERAL, MAXILAR	\$15
D0703*	IMAGEN FOTOGRÁFICA BIDIMENSIONAL BUCAL/FACIAL INTRA O EXTRABUCAL - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$20	D1558	EXTRACCIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO BILATERAL, MANDIBULAR	\$15
D0705*	IMAGEN RADIOGRÁFICA DENTAL EXTRABUCAL, POSTERIOR - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$0	D1575	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO, UNILATERAL, EN ZAPATA DISTAL, POR CUADRANTE	\$0
D0706*	IMAGEN RADIOGRÁFICA OCCLUSAL - INTRABUCAL - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$0		SERVICIOS RESTAURATIVOS	
D0707*	IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL - INTRABUCAL - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$2	D2140	AMALGAMA, UNA SUPERFICIE, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$0
D0708*	IMAGEN RADIOGRÁFICA DE ALETA DE MORDIDA - INTRABUCAL - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$0	D2150	AMALGAMA, DOS SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$0
D0709*	SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS - INTRABUCALES - SOLO CAPTURA DE IMÁGENES	\$0	D2160	AMALGAMA, 3 SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$0
D0801	ESCANEO TRIDIMENSIONAL DE SUPERFICIE DENTAL - DIRECTO	\$9	D2161	AMALGAMA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$0
D0802	ESCANEO TRIDIMENSIONAL DE SUPERFICIE DENTAL - INDIRECTO	\$9	D2330	COMPUESTO DE RESINA, UNA SUPERFICIE, DIENTE ANTERIOR	\$30
			D2331	COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES, DIENTE ANTERIOR	\$37
			D2332	COMPUESTO DE RESINA, 3 SUPERFICIES, DIENTE ANTERIOR	\$50
			D2335	COMPUESTO DE RESINA, 4 O MÁS SUPERFICIES, CON ÁNGULO INCISAL	\$80
			D2390	CORONA, COMPUESTO DE RESINA, DIENTE ANTERIOR	\$115
			D2391	COMPUESTO DE RESINA, 1 SUPERFICIE, DIENTE POSTERIOR	\$65
			D2392	COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$75
			D2393	COMPUESTO DE RESINA, 3 SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$90
			D2394	COMPUESTO DE RESINA, 4 O MÁS SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$115
			D2410	ORO LAMINADO - UNA SUPERFICIE	\$75

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA	ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
SERVICIOS RESTAURATIVOS			D2933	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA CON VENTANA DE RESINA	\$145
D2420	ORO LAMINADO - DOS SUPERFICIES	\$95	D2940	EMPASTE DENTAL SEDANTE	\$15
D2430	ORO LAMINADO - TRES SUPERFICIES	\$125	D2941	RESTAURACIÓN TERAPÉUTICA PROVISORIA, DENTICIÓN PRIMARIA	\$15
D2510	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO INLAY, UNA SUPERFICIE	\$225	D2949	BASE DE RESTAURACIÓN PARA UNA RESTAURACIÓN INDIRECTA	\$20
D2520	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO INLAY, DOS SUPERFICIES	\$235	D2950	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑÓN, INCLUYE ESPIGAS	\$70
D2530	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO INLAY, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$245	D2951	RETENCIÓN DE ESPIGA, POR DIENTE, ADEMÁS DE RESTAURACIÓN	\$15
D2542	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO ONLAY, DOS SUPERFICIES	\$325	D2952	PERNO Y MUÑÓN, ADEMÁS DE CORONA, FABRICACIÓN INDIRECTA	\$88
D2543	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO ONLAY, TRES SUPERFICIES	\$340	D2953	CADA PERNO ADICIONAL FABRICADO INDIRECTAMENTE, MISMO DIENTE	\$95
D2544	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO ONLAY, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	\$350	D2954	PERNO Y MUÑÓN PREFABRICADOS, ADEMÁS DE CORONA	\$75
D2610	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 1 SUPERFICIE	\$275*	D2955	EXTRACCIÓN DE PERNO	\$30
D2620	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$300*	D2957	CADA PERNO ADICIONAL PREFABRICADO, MISMO DIENTE	\$30
D2630	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$325*	D2960	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE RESINA)-DIRECTA	\$200
D2642	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$360*	D2961	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE RESINA)-INDIRECTA	\$255*
D2643	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 3 SUPERFICIES	\$390*	D2962	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE PORCELANA) - INDIRECTA	\$390*
D2644	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 4 O MÁS SUPERFICIES	\$400*	D2971	PROCEDIMIENTO ADICIONAL, CORONA PERSONALIZADA PARA ADAPTARSE A UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	\$45
D2650	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, COMPUESTO DE RESINA, 1 SUPERFICIE	\$200	D2975	COFIA	\$95
D2651	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES	\$220	D2980	REPARACIÓN DE CORONA	\$95
D2652	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, COMPUESTO DE RESINA, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$260	D2981	REPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN TIPO INLAY	\$95
D2662	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES	\$260	D2982	REPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY	\$95
D2663	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, COMPUESTO DE RESINA, 3 SUPERFICIES	\$283	D2983	REPARACIÓN DE CARILLA DENTAL	\$95
D2664	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, COMPUESTO DE RESINA, 4 O MÁS SUPERFICIES	\$283	D2990	INFILTRACIÓN DE RESINA EN LESIONES SUPERFICIALES LISAS E INCIPIENTES	\$29
SERVICIOS DE ENDODONCIA					
D2710*	CORONA - COMPUESTO DE RESINA INDIRECTO	\$240	D3110	RECUBRIMIENTO PULPAR, DIRECTO	\$25
D2712*	CORONA - ¼ DE COMPUESTO DE RESINA INDIRECTO	\$195	D3120	RECUBRIMIENTO PULPAR, INDIRECTO	\$25
D2720*	CORONA - RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$245*	D3220	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA, CORONAL EN UNIÓN DENTINOCEMENTAL	\$30
D2721*	CORONA - RESINA C/METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$245*	D3221	DESBRIDAMIENTO PULPAR, DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES	\$95
D2722*	CORONA - RESINA CON METAL NOBLE	\$195	D3222	PULPOTOMÍA PARCIAL	\$75
D2740*	CORONA - SUSTRATO DE PORCELANA/CERÁMICA	\$195	D3230	TRATAMIENTO PULPAR, DIENTE PRIMARIO ANTERIOR	\$50
D2750*	CORONA - PORCELANA FUNDIDA A METAL MUY NOBLE	\$245*	D3240	TRATAMIENTO PULPAR, DIENTE PRIMARIO POSTERIOR	\$50
D2751*	CORONA - PORCELANA FUNDIDA A METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$245*	D3310	DIENTE ANTERIOR	\$110
D2752*	CORONA - PORCELANA FUNDIDA A METAL NOBLE	\$245*	D3320	PREMOLAR	\$195
D2753*	CORONA - PORCELANA FUNDIDA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$245*	D3330	MOLAR	\$245
D2780*	CORONA - ¼ DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$245*	D3331	TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTO RADICULAR; ACCESO NO QUIRÚRGICO	\$85
D2781*	CORONA - ¼ DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$245*	D3332	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA INCOMPLETO; DIENTE INOPERABLE NO RESTAURABLE O FRACTURADO	\$75
D2782*	CORONA - ¼ DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$245*	D3333	REPARACIÓN RADICULAR INTERNA DE DEFECTOS DE PERFORACIÓN	\$125
D2783*	CORONA - ¼ DE PORCELANA/CERÁMICA	\$245*	D3346	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO, DIENTE ANTERIOR	\$300
D2790*	CORONA - TOTALMENTE DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$245*	D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO, PREMOLAR	\$350
D2791*	CORONA - TOTALMENTE DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$245*	D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO, MOLAR	\$440
D2792*	CORONA - TOTALMENTE DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$245*	D3351	APEXIFICACIÓN O RECALCIFICACIÓN, VISITA INICIAL	\$90
D2794*	CORONA - TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$245*	D3352	APEXIFICACIÓN O RECALCIFICACIÓN, VISITA INTERMEDIA	\$90
D2799*	CORONA PROVISORIA - TRATAMIENTO ADICIONAL/FINALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ANTES DE LA IMPRESIÓN FINAL	\$125	D3353	APEXIFICACIÓN O RECALCIFICACIÓN, VISITA FINAL	\$90
D2910	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN TIPO INLAY U ONLAY, CARILLA DENTAL O RESTAURACIÓN DE COBERTURA PARCIAL	\$15	D3410	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA, DIENTE ANTERIOR	\$100
D2915	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE PERNO Y MUÑÓN FABRICADOS INDIRECTAMENTE O PREFABRICADOS	\$20	D3421	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA, PREMOLAR	\$315
D2920	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE CORONA	\$15	D3425	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA, MOLAR	\$340
D2921	READHESIÓN DE FRAGMENTO DE DIENTE	\$15	D3426	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA	\$95
D2928*	CORONA, PORCELANA/CERÁMICA PREFABRICADA - DIENTE PERMANENTE	\$49*	D3428	INJERTO ÓSEO CON CIRUGÍA PERIRRADICULAR - POR CADA DIENTE	\$47
D2929*	CORONA DE PORCELANA PREFABRICADA - DIENTE PRIMARIO	\$49*	D3429	INJERTO ÓSEO CON CIRUGÍA PERIRRADICULAR - CADA DIENTE ADICIONAL	\$42
D2930	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA, DIENTE PRIMARIO	\$45	D3430	EMPASTE DENTAL RETRÓGRADO, POR RAÍZ	\$75
D2931	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA, DIENTE PERMANENTE	\$55	D3431	MATERIALES BIOLÓGICOS PARA FAVORECER LA REGENERACIÓN DE TEJIDO BLANDO Y ÓSEO	\$150
D2932	CORONA PREFABRICADA DE RESINA	\$95	D3432	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO - BARRERA	\$150

Este plan está asegurado por Solstice, Inc. Administrado por Dental Benefit Providers, Inc.

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA	ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
	SERVICIOS DE ENDODONCIA				
D3473	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE RESORCIÓN RADICULAR - MOLAR	\$340	D4322	FÉRULA - INTRACORONAL; DIENTES NATURALES O CORONAS PROTÉSICAS	\$115
D3501	EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE SUPERFICIE RADICULAR SIN APICECTOMÍA O REPARACIÓN DE RESORCIÓN RADICULAR-DIENTE ANTERIOR	\$100	D4323	FÉRULA - EXTRACORONAL; DIENTES NATURALES O CORONAS PROTÉSICAS	\$105
D3502	EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE SUPERFICIE RADICULAR SIN APICECTOMÍA O REPARACIÓN DE RESORCIÓN RADICULAR - PREMOLAR	\$100	D4341*	ALISADO Y RASPADO SUBGINGIVAL, 4 O MÁS DIENTES, POR CUADRANTE	\$50†
D3503	EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE SUPERFICIE RADICULAR SIN APICECTOMÍA O REPARACIÓN DE RESORCIÓN RADICULAR - MOLAR	\$100	D4342*	ALISADO Y RASPADO SUBGINGIVAL, DE 1 A 3 DIENTES	\$43†
D3910	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, AISLAR DIENTE CON DIQUE DE CAUCHO	\$95	D4346	ALISADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE, BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE EVALUACIÓN BUCAL	\$50
D3920	HEMISECCIÓN, NO INCLUYE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR	\$90	D4355*	DESBRIDAMIENTO DE BOCA COMPLETA PARA PERMITIR UNA EVALUACIÓN PERIODONTAL COMPLETA Y UN DIAGNÓSTICO	\$50†
D3921	DECORONACIÓN O INMERSIÓN DE DIENTE NO BROTADO	\$30	D4381*	ADMINISTRACIÓN LOCALIZADA DE AGENTES ANTIMICROBIANOS A TRAVÉS DE UN EXCIPIENTE DE LIBERACIÓN CONTROLADA EN EL TEJIDO CREVICULAR ENFERMO, POR CADA DIENTE	\$60†
D3950	PREPARACIÓN DE CONDUCTO RADICULAR E INSERCIÓN DE CLAVIJA O PEROÑA PREFORMADO	\$75	D4910*	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	\$50
	SERVICIOS DE PERIODONCIA		D4920	CAMBIO DE APÓSITO NO PROGRAMADO	\$25
D4210	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, 4 O MÁS DIENTES CONTIGUOS POR CUADRANTE	\$175	D4921	IRRIGACIÓN GINGIVAL CON UN AGENTE MEDICINAL - POR CADA CUADRANTE	\$15
D4211	GINGIVECTOMÍA/GINGIVOPLASTIA, DE 1 A 3 DIENTES CONTIGUOS POR CADA CUADRANTE	\$81	D4999	PROCEDIMIENTO PERIODONTAL NO ESPECIFICADO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$0
	SERVICIOS DE PROSTODONCIA, PRÓTESIS EXTRAÍBLES				
D4212	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA CON PROCEDIMIENTO RESTAURATIVO POR DIENTE	\$49	D5110*	DENTADURA POSTIZA COMPLETA - MAXILAR	\$325*
D4240	COLGAJO GINGIVAL, 4 O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS DENTALES DELIMITADOS POR CUADRANTE	\$195	D5120*	DENTADURA POSTIZA COMPLETA - MANDIBULAR	\$325*
D4241	COLGAJO GINGIVAL, DE 1 A 3 DIENTES CONTIGUOS/ESPACIOS DENTALES DELIMITADOS POR CADA CUADRANTE	\$185	D5130*	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA - MAXILAR	\$350*
D4245	COLGAJO POSICIONADO APICALMENTE	\$150	D5140*	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA - MANDIBULAR	\$350*
D4249	ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA, TEJIDO DURO	\$230	D5211*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR - BASE DE RESINA	\$400*
D4260	CIRUGÍA ÓSEA, 4 O MÁS DIENTES CONTIGUOS POR CUADRANTE	\$375	D5212*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR - BASE DE RESINA	\$400*
D4261	CIRUGÍA ÓSEA, DE 1 A 3 DIENTES CONTIGUOS POR CADA CUADRANTE	\$325	D5213*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR - METAL FUNDIDO C/RESINA	\$425*
D4263	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO - DIENTE NATURAL RETENIDO - PRIMER SITIO EN EL CUADRANTE	\$450	D5214*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR - METAL FUNDIDO C/RESINA	\$425*
D4264	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO - DIENTE NATURAL RETENIDO - POR CADA SITIO ADICIONAL EN EL CUADRANTE	\$325	D5221*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA - CON BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES)	\$420*
D4265	MATERIALES BIOLÓGICOS PARA FAVORECER LA REGENERACIÓN DE TEJIDO BLANDO Y ÓSEO, POR CADA SITIO	\$82	D5222*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA - CON BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES)	\$420*
D4266	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, DIENTES NATURALES - BARRERA REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325	D5223*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA - ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES)	\$445*
D4267	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, DIENTES NATURALES - BARRERA NO REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325	D5224*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA - ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES)	\$445*
D4268	PROCEDIMIENTO DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA, POR CADA DIENTE	\$0	D5225*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE FLEXIBLE	\$425*
D4270	PROCEDIMIENTO DE INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO BLANDO	\$250	D5226*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE FLEXIBLE	\$425*
D4273	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO AUTÓGENO, 1. ^{ER} DIENTE	\$335	D5227*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA - BASE FLEXIBLE	\$425*
D4274	PROCEDIMIENTO DE CUÑA DISTAL O MESIAL, UN SOLO DIENTE (CUANDO NO SE REALIZA JUNTO CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA MISMA ZONA ANATÓMICA)	\$125	D5228*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA - BASE FLEXIBLE	\$425*
D4275	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO NO AUTÓGENO, 1. ^{ER} DIENTE	\$502	D5282*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE - MAXILAR	\$245*
D4276	INJERTO PEDICULADO Y DE TEJIDO CONJUNTIVO COMBINADO, POR CADA DIENTE	\$65	D5283*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE - MANDIBULAR	\$245*
D4277	PROCEDIMIENTO DE INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO LIBRE - 1 DIENTE	\$215	D5410	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	\$15
D4278	PROCEDIMIENTO DE INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO LIBRE - DIENTE ADICIONAL	\$75	D5411	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	\$15
D4283	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO AUTÓGENO (INCLUYE SITIOS QUIRÚRGICOS DE DONANTE Y RECEPTOR) - CADA DIENTE CONTIGUO ADICIONAL, IMPLANTE O POSICIÓN DESDENTADA EN EL MISMO SITIO DEL INJERTO	\$299	D5421	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MAXILAR	\$15
D4285	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO NO AUTÓGENO (INCLUYE SITIOS QUIRÚRGICOS DE DONANTE Y RECEPTOR) - CADA DIENTE CONTIGUO ADICIONAL, IMPLANTE O POSICIÓN DESDENTADA EN EL MISMO SITIO DEL INJERTO	\$392	D5422	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MANDIBULAR	\$15
D4286	EXTRACCIÓN DE BARRERA NO REABSORBIBLE	\$20	D5511*	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA QUEBRADA	\$35*

Este plan está asegurado por Solstice, Inc. Administrado por Dental Benefit Providers, Inc.

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA	ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
	SERVICIOS DE PROSTODONCIA, PRÓTESIS EXTRAÍBLES				
D5622*	REPARACIÓN DE ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO PARCIAL - MAXILAR	\$35*	D6068*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, DE PORCELANA/CERÁMICA	\$750
D5630*	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE GANCHO QUEBRADO - POR CADA DIENTE	\$35*	D6069*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (MUY NOBLE)	\$750
D5640*	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS - POR CADA DIENTE	\$35*	D6070*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (PREDOMINANTEMENTE COMÚN)	\$750
D5650*	AGREGADO DE DIENTE A DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	\$35*	D6071*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (NOBLE)	\$750
D5660*	AGREGADO DE GANCHO A DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE – POR CADA DIENTE	\$155*	D6072*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (MUY NOBLE)	\$750
D5670*	REEMPLAZO DE TODOS LOS DIENTES Y EL ACRÍLICO DE LA ESTRUCTURA, MAXILAR	\$155*	D6073*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (PREDOMINANTEMENTE COMÚN)	\$750
D5671*	REEMPLAZO DE TODOS LOS DIENTES Y EL ACRÍLICO DE LA ESTRUCTURA, MANDIBULAR	\$135*	D6074*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (NOBLE)	\$750
D5710*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA	\$135*	D6075*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE CERÁMICA	\$750
D5711*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA	\$155*	D6076*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA - PORCELANA FUNDIDA A ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$750
D5720*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	\$155*	D6077*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL - ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$750
D5721*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	\$65*	D6080	PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE IMPLANTE CUANDO SE RETIRAN Y REINSERTAN PRÓTESIS, INCLUYE LA LIMPIEZA DE PRÓTESIS Y SOPORTES	\$180
D5725*	REEMPLAZO DE BASE PRÓTESIS HÍBRIDA	\$65*	D6081	ALISADO Y DESBRIDAMIENTO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN O MUCOSIS DE UN SOLO IMPLANTE, INCLUIDA LA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES DEL	\$50
D5730*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA (DIRECTO)	\$85*	D6082*	IMPLANTE, SIN APERTURA NI CIERRE DE COLGAJO CORONA SOBRE IMPLANTE-PORCELANA FUNDIDA A ALEACIONES DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$750
D5731*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA (DIRECTO)	\$85*	D6083*	CORONA SOBRE IMPLANTE-PORCELANA FUNDIDA A ALEACIONES DE METAL NOBLE	\$750
D5740*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (DIRECTO)	\$85*	D6084*	CORONA SOBRE IMPLANTE-PORCELANA FUNDIDA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$750
D5741*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (DIRECTO)	\$69	D6085	CORONA PROVISORIA PARA IMPLANTE	\$125
D5750*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA (INDIRECTO)	\$69	D6086*	CORONA SOBRE IMPLANTE-ALEACIONES DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$750
D5751*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA (INDIRECTO)	\$250*	D6087*	CORONA SOBRE IMPLANTE-ALEACIONES DE METAL NOBLE	\$750
D5760*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (INDIRECTO)	\$250*	D6088*	CORONA SOBRE IMPLANTE-TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$750
D5761*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (INDIRECTO)	\$175*	D6090	REPARACIÓN, PRÓTESIS SOBRE IMPLANTE, POR INFORME	\$400
D5765*	REVESTIMIENTO BLANDO PARA DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE COMPLETA O PARCIAL - INDIRECTO	\$20	D6092	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE CORONA SOBRE IMPLANTE O SOPORTE	\$45
D5810*	DENTADURA POSTIZA COMPLETA PROVISORIA (MAXILAR)	\$20	D6093	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA SOBRE IMPLANTE O SOPORTE	\$65
D5811*	DENTADURA POSTIZA COMPLETA PROVISORIA (MANDIBULAR)	\$150	D6094*	CORONA SOBRE PILAR – TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$750
D5820*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL PROVISIONAL, MAXILAR	\$0	D6095	REPARACIÓN DE SOPORTE DE IMPLANTE, POR INFORME	\$220
D5821*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL PROVISIONAL, MANDIBULAR	\$175*	D6096	EXTRAER TORNILLO RETENEDOR DE IMPLANTE ROTO	\$500
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO MAXILAR	\$1,010	D6097*	CORONA SOBRE PILAR - PORCELANA FUNDIDA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$750
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO MANDIBULAR	\$1,010	D6098*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE - PORCELANA FUNDIDA A ALEACIONES DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$750
D5862	ACCESORIO DE PRECISIÓN, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$440	D6099*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA-PORCELANA FUNDIDA A ALEACIONES DE METAL NOBLE	\$750
D5899	PROCEDIMIENTO DE PROSTODONCIA EN PRÓTESIS EXTRAÍBLE NO ESPECIFICADO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$550	D6100	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL CUERPO DEL IMPLANTE	\$700
	SERVICIOS DE IMPLANTE		D6105	EXTRACCIÓN DEL CUERPO DEL IMPLANTE QUE NO REQUIERE EXTRACCIÓN DE HUESO/ELEVACIÓN DEL COLGAJO	\$700
D6010*	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DEL CUERPO DEL IMPLANTE: IMPLANTE ENDÓSTICO	\$750	D6106	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO - BARRERA REABSORBIBLE, POR CADA IMPLANTE	\$325
D6012*	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE CUERPO DE IMPLANTE PROVISORIO PARA PRÓTESIS DE TRANSICIÓN: IMPLANTE ENDÓSTICO	\$750	D6107	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO - BARRERA NO REABSORBIBLE, POR CADA IMPLANTE	\$325
D6056*	PILAR PREFABRICADO - INCLUYE COLOCACIÓN Y MODIFICACIÓN	\$750	D6110*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MAXILAR	\$1,255
D6057*	PILAR FABRICADO A MEDIDA - INCLUYE COLOCACIÓN	\$750	D6111*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MANDIBULAR	\$1,255
D6058*	CORONA DE PORCELANA/CERÁMICA SOBRE PILAR	\$750	D6112*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MAXILAR	\$995
D6059*	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (MUY NOBLE) SOBRE PILAR	\$750			
D6060*	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (PREDOMINANTEMENTE COMÚN) SOBRE PILAR	\$750			
D6061*	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (NOBLE) SOBRE PILAR	\$750			
D6062*	CORONA DE METAL FUNDIDO (MUY NOBLE) SOBRE PILAR	\$750			
D6063*	CORONA DE METAL FUNDIDO (PREDOMINANTEMENTE COMÚN) SOBRE PILAR	\$750			
D6064*	CORONA DE METAL FUNDIDO (NOBLE) SOBRE PILAR	\$750			
D6065*	CORONA DE PORCELANA/CERÁMICA SOBRE IMPLANTE	\$750			
D6066*	CORONA SOBRE IMPLANTE – PORCELANA FUNDIDA A ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$750			
D6067*	CORONA SOBRE IMPLANTE - ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$750			

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA	ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
	SERVICIOS DE IMPLANTE				
D6113*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MANDIBULAR	\$995	D6609	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA O CERÁMICA, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$245*
D6114*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MAXILAR	\$3,855	D6610	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$245*
D6115*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MANDIBULAR	\$3,855	D6611	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$245*
D6115*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MANDIBULAR	\$3,855	D6612	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$245*
D6116*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MAXILAR	\$2,255	D6613	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$245*
D6117*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MANDIBULAR	\$2,255	D6614	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$245*
D6118*	DENTADURA POSTIZA FIJA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MANDIBULAR	\$1,804	D6615	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL NOBLE FUNDIDO, 3/MÁS SUPERFICIES	\$245*
D6119*	DENTADURA POSTIZA FIJA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MAXILAR	\$750	D6624	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - TITANIO	\$245*
D6120*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE-PORCELANA FUNDIDA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$750	D6634	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - TITANIO	\$245*
D6121*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL-ALEACIONES DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$750	D6710*	CORONA RETENEDORA - COMPUESTO DE RESINA INDIRECTO	\$245*
D6122*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL-ALEACIONES DE METAL NOBLE	\$750	D6720*	CORONA RETENEDORA - RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$245*
D6123*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL-TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$750	D6721*	CORONA RETENEDORA - RESINA CON METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$245*
D6190	ÍNDICE RADIOGRÁFICO O QUIRÚRGICO PARA IMPLANTE, POR INFORME	\$235	D6722*	CORONA RETENEDORA - RESINA CON METAL NOBLE	\$245*
D6198	EXTRACCIÓN DE COMPONENTE DE IMPLANTE PROVISORIO	\$700	D6740*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA/CERÁMICA	\$245*
	SERVICIOS DE PROSTODONCIA, PRÓTESIS FIJAS		D6750*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUNDIDA A METAL MUY NOBLE	\$245*
D6205*	PÓNTICO - COMPUESTO DE RESINA, INDIRECTO	\$750	D6751*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUNDIDA A METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$245*
D6210*	PÓNTICO - METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$245*	D6752*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUNDIDA A METAL NOBLE	\$245*
D6211*	PÓNTICO - METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$245*	D6753*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUNDIDA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$245*
D6212*	PÓNTICO - METAL NOBLE FUNDIDO	\$245*	D6780*	CORONA RETENEDORA - ¾ DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$245*
D6214*	PÓNTICO - TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$245*	D6781*	CORONA RETENEDORA - ¾ DE METAL	\$245*
D6240*	PÓNTICO - PORCELANA FUNDIDA A METAL MUY NOBLE	\$245*		PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	
D6241*	PÓNTICO - PORCELANA FUNDIDA A METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$245*	D6782*	CORONA RETENEDORA - ¾ DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$245*
D6242*	PÓNTICO - PORCELANA FUNDIDA A METAL NOBLE	\$245*	D6783*	CORONA RETENEDORA - ¾ DE PORCELANA/CERÁMICA	\$245*
D6243*	PÓNTICO - PORCELANA FUNDIDA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$245*	D6784*	CORONA RETENEDORA - ¾ DE TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$245*
D6245*	PÓNTICO - PORCELANA/CERÁMICA	\$245*	D6790*	CORONA RETENEDORA - TOTALMENTE DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$245*
D6250*	PÓNTICO - RESINA C/METAL MUY NOBLE	\$245*	D6791*	CORONA RETENEDORA - TOTALMENTE DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$245*
D6251*	PÓNTICO - RESINA C/METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$245*	D6792*	CORONA RETENEDORA - TOTALMENTE DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$245*
D6252*	PÓNTICO - RESINA C/METAL NOBLE	\$245*	D6793*	CORONA RETENEDORA PROVISORIA - TRATAMIENTO ADICIONAL/FINALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ANTES DE LA IMPRESIÓN FINAL	\$125
D6253*	PÓNTICO PROVISORIO - TRATAMIENTO ADICIONAL/FINALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ANTES DE LA IMPRESIÓN FINAL	\$0	D6794*	CORONA RETENEDORA - TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$245*
D6545	RETENEDOR, DE METAL FUNDIDO PARA PRÓTESIS FIJA DE RESINA	\$390	D6930	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	\$15
D6548	RETENEDOR, DE PORCELANA O CERÁMICA PARA PRÓTESIS FIJA DE RESINA CEMENTADA		D6940	ROMPEFUERZAS	\$125
D6600	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES		D6950	ACCESORIO DE PRECISIÓN	\$195
D6601	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA O CERÁMICA, 3 O MÁS SUPERFICIES		D6980	REPARACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, POR INFORME	\$80
D6602	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES			SERVICIOS PARA CIRUGÍA BUCAL	
D6603	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 3 O MÁS SUPERFICIES		D7111	EXTRACCIÓN DE RESTOS DE CORONA, DIENTE PRIMARIO	\$50
D6604	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 2 SUPERFICIES		D7140	EXTRACCIÓN DE DIENTE BROTAZO O RAÍZ EXPUESTA	\$20
D6605	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 3 O MÁS SUPERFICIES		D7210	EXTRACCIÓN DE DIENTE BROTAZO QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DE HUESO O SEGMENTACIÓN DEL DIENTE E INCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, SI SE INDICA	\$30
D6606	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES		D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, TEJIDO BLANDO	\$50
D6607	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL NOBLE FUNDIDO, 3/MÁS SUPERFICIES		D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, PARCIALMENTE EN EL HUESO	\$65
D6608	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES		D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO – COMPLETAMENTE EN EL HUESO	\$80
			D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO – COMPLETAMENTE EN EL HUESO C/COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	\$135
			D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO DE CORTE)	\$40
			D7251	CORONOIDECTOMÍA - EXTRACCIÓN PARCIAL E INTENCIONAL DE DIENTE, SOLO DIENTES IMPACTADOS	\$270
			D7260	CIERRE DE FÍSTULA OROANTRAL	\$160
			D7261	CIERRE PRIMARIO DE PERFORACIÓN DE SENOS PARANASALES	\$275

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA	ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
	SERVICIOS PARA CIRUGÍA BUCAL				
D7270	REIMPLANTE DE DIENTE O ESTABILIZACIÓN DE DIENTE DESPLAZADO ACCIDENTALMENTE	\$50	D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL – CADA INCREMENTO DE 15 MINUTOS	\$50
D7272	TRASPLANTE DE DIENTE (INCLUYE EL REIMPLANTE DE UN LUGAR A OTRO Y LA FERULIZACIÓN O ESTABILIZACIÓN)	\$100	D9230	ANALGESIA, ANSIÓLISIS, INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO	\$20
D7280	EXPOSICIÓN DE DIENTE NO BROTAZO	\$125	D9239	ANESTESIA O SEDACIÓN INTRAVENOSA MODERADA (CONSCIENTE), LOS PRIMEROS 15 MINUTOS	\$65
D7282	MOVILIZACIÓN DE DIENTE BROTAZO O MAL POSICIONADO PARA FACILITAR QUE BROTE	\$125	D9243	ANALGESIA O SEDACIÓN INTRAVENOSA MODERADA (CONSCIENTE), CADA INCREMENTO DE 15 MINUTOS	\$65
D7283	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO PARA FACILITAR QUE BROTE DIENTE IMPACTADO	\$80	D9248	SEDACIÓN NO INTRAVENOSA (CONSCIENTE), INCLUYE SEDACIÓN MÍNIMA Y MODERADA	\$15
D7285	BIOPSIA POR INCISIÓN DE TEJIDO BUCAL DURO	\$125	D9310	CONSULTA, DIAGNÓSTICO POR DENTISTA O MÉDICO DISTINTO AL DENTISTA O MÉDICO SOLICITANTE	\$25
D7286	BIOPSIA POR INCISIÓN DE TEJIDO BUCAL BLANDO	\$85	D9430	VISITA AL CONSULTORIO PARA OBSERVACIÓN SIN OTROS SERVICIOS	\$0
D7287	OBTENCIÓN DE MUESTRA PARA CITOLÓGIA EXFOLIATIVA	\$75	D9440	VISITA AL CONSULTORIO, DESPUÉS DEL HORARIO ATENCIÓN NORMAL	\$35
D7288	BIOPSIA POR CEPILLADO	\$25	D9450	PRESENTACIÓN DEL CASO, SUBSIGUIENTE A PLANIFICACIÓN DETALLADA Y EXHAUSTIVA DEL TRATAMIENTO	\$0
D7291	FIBROTOMÍA TRANSEPTAL/FIBROTOMÍA SUPRACRESTAL, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$40	D9610	INYECCIÓN DE MEDICAMENTO TERAPÉUTICO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$15
D7310	ALVEOLOPLASTIA CON EXTRACCIONES, 4 O MÁS DIENTES O ESPACIOS	\$40	D9630	MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS EN EL CONSULTORIO PARA USO DOMICILIARIO	\$15
D7311	ALVEOLOPLASTIA CON EXTRACCIONES, DE 1 A 3 DIENTES	\$40	D9910*	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO DESENSIBILIZADOR	\$20
D7320	ALVEOLOPLASTIA SIN EXTRACCIONES, 4 O MÁS DIENTES O ESPACIOS	\$60	D9912	EVALUACIÓN DEL PACIENTE ANTES DE LA VISITA	\$0
D7321	ALVEOLOPLASTIA SIN EXTRACCIONES, DE 1 A 3 DIENTES	\$60	D9930	TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES, POSQUIRÚRGICO	\$0
D7340	VESTIBULOPLASTIA, EXTENSIÓN DE REBORDE (EPITELIZACIÓN SECUNDARIA)	\$370	D9932	LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA POSTIZA	\$0
D7350	VESTIBULOPLASTIA, EXTENSIÓN DE REBORDE (INCLUYE INJERTOS DE TEJIDO BLANDO, RECONEXIÓN MUSCULAR, CORRECCIÓN DE UNIÓN DE TEJIDO BLANDO)	\$990	D9933	COMPLETA EXTRAÍBLE, MAXILAR LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA EXTRAÍBLE, MANDIBULAR	\$0
D7410	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE HASTA 1.25CM	\$25	D9934	LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA POSTIZA	\$0
D7411	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE MÁS DE 1.25CM	\$50	D9935	PARCIAL EXTRAÍBLE, MAXILAR	\$0
D7412	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA, COMPLICADA	\$55	D9936	LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA POSTIZA	\$0
D7450	EXTRACCIÓN DE QUISTE O TUMOR ODONTOGENICO BENIGNO, DIÁMETRO DE LESIÓN DE HASTA 1.25CM	\$65	D9937	PARCIAL EXTRAÍBLE, MANDIBULAR	\$0
D7471	EXTRACCIÓN DE EXOSTOSIS LATERAL	\$95	D9942	REPARACIÓN O REBASE DE PROTECTOR OCCLUSAL	\$40
D7472	EXTRACCIÓN DE TORUS PALATINUS	\$95	D9943	AJUSTE DE PROTECTOR OCCLUSAL	\$25
D7473	EXTRACCIÓN DE TORUS MANDIBULARIS	\$95	D9944*	PROTECTOR OCCLUSAL - APARATO RÍGIDO, ARCO COMPLETO	\$250
D7485	REDUCCIÓN DE TUBEROSIDAD ÓSEA	\$95	D9945*	PROTECTOR OCCLUSAL - APARATO FLEXIBLE, ARCO COMPLETO	\$250
D7509	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	\$65	D9946*	PROTECTOR OCCLUSAL - APARATO RÍGIDO, ARCO PARCIAL	\$250
D7510	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO, TEJIDO BLANDO INTRABUCAL	\$20	D9947	FABRICACIÓN Y COLOCACIÓN DE APARATO A MEDIDA PARA LA APNEA DEL SUEÑO	\$1,900
D7511	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO, TEJIDO BLANDO INTRABUCAL, COMPLICADO	\$20	D9948	AJUSTE DE APARATO A MEDIDA PARA LA APNEA DEL SUEÑO	\$85
D7520	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO TEJIDO BLANDO EXTRABUCAL	\$20	D9949	REPARACIÓN DE APARATO A MEDIDA PARA LA APNEA DEL SUEÑO	\$88
D7521	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO, COMPLICADO, EXTRABUCAL	\$35	D9950	ANÁLISIS DE OCCLUSIÓN - MONTAJE EN ARTICULADOR	\$75
D7910	SUTURA DE HERIDAS RECENTES PEQUEÑAS DE HASTA 5CM	\$35	D9951	AJUSTE OCCLUSAL – LIMITADO	\$30
D7921	RECOLECCIÓN Y APLICACIÓN DE PRODUCTO CONCENTRADO DE SANGRE AUTÓLOGA	\$125	D9952	AJUSTE OCCLUSAL COMPLETO	\$100
D7950	INJERTO ÓSEO, OSTEOPERIÓSTICO O DE CARTÍLAGO DEL MAXILAR INFERIOR O DE LOS HUESOS FACIALES - AUTÓGENO O NO AUTÓGENO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$350	D9953	REBASE DE APARATO DE APNEA DEL SUEÑO PERSONALIZADO (INDIRECTO)	\$65
D7951	AUMENTO SINUSAL CON HUESO O SUSTITUTOS ÓSEOS MEDIANTE LA TÉCNICA DE VENTANA LATERAL	\$800	D9973	BLANQUEO EXTERNO - POR CADA DIENTE	\$30
D7952	AUMENTO SINUSAL MEDIANTE TÉCNICA VERTICAL	\$350	D9975	BLANQUEO EXTERNO PARA APLICACIÓN DOMICILIARIA, POR CADA ARCO	\$240
D7956	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, ÁREA DESDENTADA - BARRERA REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325	D9986	CITA PERDIDA	\$25
D7957	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, ÁREA DESDENTADA - BARRERA NO REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325	D9991	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES – RESOLVER LAS BARRERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CITAS	\$0
D7961	FRENECTOMÍA BUCAL/LABIAL (FRENUECTOMÍA)	\$105	D9992	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES – COORDINACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD	\$0
D7962	FRENECTOMÍA LINGUAL (FRENUECTOMÍA)	\$105	D9993	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES – ENTREVISTA MOTIVACIONAL	\$0
D7963	FRENULOPLASTIA	\$105	D9994	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES – EDUCACIÓN AL PACIENTE PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD BUCAL	\$0
D7970	ESCISIÓN DE TEJIDO HIPERPLÁSICO, POR ARCO	\$140	D9995	TELEODONTOLOGÍA - SINCRÓNICA; ENCUENTRO EN TIEMPO REAL	\$0
D7971	ESCISIÓN DE ENCÍA PERICORONAL	\$102	D9996	TELEODONTOLOGÍA - INFORMACIÓN ASÍNCRONA GUARDADA Y ENVIADA AL DENTISTA PARA SU POSTERIOR REVISIÓN	\$0
D7972	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE TUBEROSIDAD FIBROSA	\$125	D9997	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES - PACIENTES C/NECESIDADES ESPECIALES	\$0
	SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS				
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO DEL DOLOR DENTAL – POR CADA VISITA	\$0		SERVICIOS DE ORTODONCIA	
D9120	DIVISIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	\$0	D8010	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA	\$1,000
D9210	ANESTESIA LOCAL, NO JUNTO CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OPERATORIOS	\$0	D8020	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN DE TRANSICIÓN	\$1,000
D9211	ANESTESIA DE BLOQUEO REGIONAL	\$0	D8030#	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN DEL ADOLESCENTE	\$1,000#
D9212	ANESTESIA DE BLOQUEO DE UNA DIVISIÓN TRIGEMINAL	\$0			
D9215	ANESTESIA LOCAL	\$0			
D9222	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL – LOS PRIMEROS 15 MINUTOS	\$50			

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA
SERVICIOS DE ORTODONCIA		
D8040#	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN DEL ADULTO	\$1,350*
D8070	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DE TRANSICIÓN	\$2,200
D8080	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DE ADOLESCENTE	\$2,250
D8090	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DEL ADULTO	\$2,350
D8210*	TRATAMIENTO CON APARATO EXTRAÍBLE	\$103
D8220*	TRATAMIENTO CON APARATO FIJO	\$103
D8660	EXAMEN PARA TRATAMIENTO PREVIO A ORTODONCIA PARA SUPERVISAR CRECIMIENTO Y DESARROLLO	\$35
D8670	VISITA DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA PERIÓDICO	\$0
D8680	APARATOS ORTODÓNCICOS DE RETENCIÓN (EXTRACCIÓN DE APARATOS, FABRICACIÓN Y COLOCACIÓN DE RETENEDORES)	\$300
D8681	AJUSTE DE RETENEDOR DE ORTODONCIA EXTRAÍBLE	\$0
D8698	FIJACIÓN/RECEMENTACIÓN DE RETENEDOR FIJO - MAXILAR	\$0
D8699	FIJACIÓN/RECEMENTACIÓN DE RETENEDOR FIJO - MANDIBULAR	\$0
D8999	PROCEDIMIENTO DE ORTODONCIA NO ESPECIFICADO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$250
Prostodoncia Fija		
D5982	STENT QUIRÚRGICO	\$150*
D5987	FÉRULA DE COMISURA	\$150*
D5988	FÉRULA QUIRÚRGICA	\$150*

La profilaxis adicional en un plazo no mayor de 6 meses se basará en la necesidad recomendada por el proveedor.

Las descripciones de procedimientos precedidas por un “**” tienen una limitación; consulte la sección Limitaciones a continuación para ver detalles.

Los copagos con un “**” tienen una tarifa de laboratorio o por materiales además del copago; consulte la sección Limitaciones a continuación para ver detalles.

Los servicios con una “#” no cumplen los requisitos con un especialista.

Los alineadores obtenidos por cuenta propia están disponibles por un copago del miembro de \$1,000.

SERVICIOS DE ESPECIALIDAD

- a) Esta Lista de Beneficios para Miembros rige cuando los servicios dentales indicados son prestados por un dentista general participante, a menos que estén autorizados de otra manera.
- b) Los procedimientos que no aparecen en la Lista de Beneficios que sean realizados por un dentista general participante se cobrarán a las tarifas usuales y habituales del dentista general participante menos el 25%.
- c) Es posible que el Dentista General de la Red que usted elija no realice todos los procedimientos indicados. Los copagos que se muestran corresponden a los dentistas generales de la red.
- d) En caso de que sean necesarios servicios de un Dentista Especialista de la Red (Network Specialty Dentist, NSD) (cirujano bucal, endodoncista, periodoncista o dentista pediátrico), puede recibir este cuidado de dos formas: (1) Puede consultar directamente a un Dentista Especialista de la Red sin una referencia y recibir un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del proveedor; o (2) Puede obtener una preautorización por escrito y recibir tratamiento especializado de un Dentista Especialista de la Red aprobado a los copagos indicados.
- e) En caso de que sean necesarios los servicios de un ortodoncista, puede recibir este cuidado de cualquiera de estas dos formas: (1) Puede consultar directamente a un Dentista Especialista de la Red sin una referencia y recibir un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del proveedor; o (2) Puede comunicarse con el Servicio al Cliente para ubicar el Ortodoncista participante más cercano que preste los servicios cubiertos al nivel de copago del miembro indicado.
- f) Los miembros que deseen realizarse un tratamiento de implante deben consultar a su implantólogo participante de una selecta red de proveedores participantes. No todos los proveedores realizan procedimientos de implante por el copago que se indica en la Lista de Beneficios. Consulte la lista de proveedores en es.MyUHC.com.

UnitedHealthcare/Exclusiones y limitaciones dentales de Select Managed Care

LIMITACIONES DE BENEFICIOS

Las siguientes son las limitaciones de los beneficios, a menos que de otra manera el beneficio se indique específicamente como cubierto en la Lista de Beneficios de este Plan:

1. RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA	D0274, D0277 o D0210 solo son pagaderos cuando no se hayan realizado (pagado) otras imágenes que las incluyan en los últimos seis (6) meses. Todas las radiografías de aleta de mordida se limitan a una serie por cada período de doce (12) meses consecutivos.
2. MANTENEDORES DE ESPACIO	Los mantenedores de espacio y todos los ajustes se limitan a menores de 16 años.
3. SELLADORES	Los selladores (D1351 o D1352) se limitan a una (1) sola vez por cada diente en cada período de tres (3) años consecutivos. Esto solamente se permite en molares permanentes no restaurados de menores de 16 años.
4. RESTAURACIONES (amalgama o compuesto de resina)	El tratamiento con fluoruro se limita a uno (1) por cada período de doce (12) meses consecutivos para menores de 16 años.
5. PROTECTORES OCCLUSALES	Los protectores oclusales para el bruxismo/desgaste habitual se limitan a una (1) sola vez en cualquier período de treinta y seis (36) meses consecutivos.
6. ANESTESIA GENERAL	La anestesia general o sedación por vía intravenosa (intravenous, IV) está disponible cuando se indica en la Lista de Beneficios, es médicaamente necesaria y tiene preaprobación.
7. AJUSTES A DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS, DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES, PUENTES O CORONAS	Todas las tarifas por ajuste de dentaduras postizas son por dentaduras postizas que no fueron fabricadas en el consultorio actual. Todos los ajustes de dentaduras postizas nuevas o dentaduras postizas fabricadas en un plazo no mayor de 12 meses se incluyen como parte de la inserción inicial.
8. EVALUACIÓN BUCAL	Cualquier evaluación bucal (sin incluir el problema) se limita a una (1) sola vez por cada período de seis (6) meses consecutivos; los exámenes completos solo pueden estar cubiertos una (1) sola vez por cada 36 meses, únicamente si se considera que el paciente es un paciente nuevo o un paciente establecido. Todas las evaluaciones bucales subsiguientes tendrán un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del dentista, sin límite de frecuencia.
9. CORONAS, PUENTES FIJOS E IMPLANTES	Cuando las coronas, los implantes o los puentes excedan seis (6) unidades consecutivas, se cobrará un cargo adicional de \$30.00 por cada unidad.
10. EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES ("MUELAS DEL JUICIO")	La extracción quirúrgica de muelas del juicio está cubierta cuando existe una patología (enfermedad). La extracción quirúrgica de muelas del juicio o terceros molares cuando no existe una patología estará cubierta con un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del dentista general o especialista. Las cirugías relacionadas con la ortodoncia (excepto D7280) necesarias para corregir el apiñamiento de dientes o para facilitar la erupción están disponibles con un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del médico.
11. PROFILAXIS Y MANTENIMIENTO PERIODONTAL	La profilaxis dental o el procedimiento de mantenimiento periodontal se limita a una (1) sola vez por cada período de seis (6) meses consecutivos. Todo procedimiento adicional seguirá los copagos del miembro correspondientes a D1110 y D4910 tal como se indican en la Lista de Beneficios.
12. APARATOS PARA HÁBITOS DAÑINOS	Los aparatos para hábitos dañinos se limitan a una (1) sola vez por cada persona menor de 16 años.
13. DENTADURAS POSTIZAS	Las dentaduras postizas nuevas incluyen un (1) rebase en los primeros seis (6) meses.
14. REEMPLAZO DE CORONAS, IMPLANTES, DENTADURAS POSTIZAS O PUENTES FIJOS	El reemplazo de coronas, implantes, dentaduras postizas o puentes fijos se limita a una (1) sola vez por cada cinco (5) años consecutivos.
15. COSTO DEL MATERIAL Y TARIFAS DEL LABORATORIO	Los copagos marcados con ** no incluyen el costo del material ni las tarifas del laboratorio. Los costos adicionales para el paciente son los siguientes: - Metal muy noble (precioso), hasta \$145.00 - Titánio, hasta \$120 (cubierto con prueba de alergia a otros metales) - Metal noble (semiprecioso), hasta \$120.00 - Metal predominantemente común (no precioso), hasta \$55.00 - Tarifas de laboratorio por corona, hasta \$155.00 - Tarifas de laboratorio por dentaduras postizas, hasta \$225.00 - Tarifas de laboratorio por porcelana, para D2610-D2644, D2929, D2961, D2962, D6600, D6601, D6608 y D6609 hasta \$65.00 - Tarifas de laboratorio por reparación de dentadura postiza, hasta \$50.00 - Tarifas por material para corona completamente de cerámica o porcelana, hasta \$155.00.
16. RADIOGRAFÍAS	Se pueden obtener copias de radiografías por \$2 por cada placa periapical hasta un máximo de \$30. Se pueden obtener copias de radiografías panorámicas por una tarifa de \$15.
17. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Está disponible el tratamiento de emergencia para el tratamiento paliativo para aliviar el dolor de hasta \$100.00 por cada ocurrencia.
18. ORTODONCIA	El miembro puede elegir Invisalign en lugar del tratamiento de ortodoncia tradicional y pagar la suma de copago por ortodoncia para el miembro indicado más la diferencia del costo del tratamiento superior.
19. RADIOGRAFÍAS	D0364-D0365 se limitan a 1 vez por cada 60 meses, con cobertura solamente en un centro dental y no en un centro de estudios por imágenes.

EXCLUSIONES DE BENEFICIOS

Los siguientes procedimientos y servicios están excluidos y no son Servicios Cubiertos, a menos que de otra manera el beneficio se indique específicamente como cubierto en la Lista de Beneficios de este Plan:

1. Servicios dentales que no sean necesarios.
2. Hospitalización u otros cargos del centro.
3. Cualquier procedimiento dental realizado únicamente por razones cosméticas o estéticas. (Los procedimientos estéticos son aquellos que mejoran la apariencia física.)
4. Cirugía reconstructiva, independientemente de que sea incidental a una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental cuando el principal propósito es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada.
5. Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6. Cualquier procedimiento dental que no se realice en un centro dental.

EXCLUSIONES DE BENEFICIOS

Los siguientes procedimientos y servicios están excluidos y no son Servicios Cubiertos, a menos que de otra manera el beneficio se indique específicamente como cubierto en la Lista de Beneficios de este Plan:

7. Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo sobre Terapéutica Dental de la American Dental Association (ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no significa que estará cubierto si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de dicha condición en particular.
8. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
9. Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas y extraíbles o coronas si el daño o rotura tuvo relación directa con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido al incumplimiento del paciente, el costo del reemplazo es responsabilidad del paciente.
10. Servicios relacionados con la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), ya sea bilateral o unilateral. Cirugía del maxilar superior e inferior (incluida la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). No se proporciona cobertura para cirugía ortognática, alineación de la mandíbula ni tratamiento de la articulación temporomandibular.
11. Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
12. Gastos por procedimientos dentales comenzados antes de que la persona cubierta estuviera inscrita en la póliza.
13. Los procedimientos de restauración de prótesis fijas o extraíbles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
14. Accesorios para prótesis extraíbles convencionales o puentes fijos. Esto incluye accesorios de precisión o semiprecisión relacionados con pilares para dentaduras postizas parciales, coronas o puentes, sobredentaduras postizas parciales o completas, cualquier accesorio interno relacionado con una prótesis de implante, y cualquier procedimiento de endodoncia electivo relacionado con una raíz o un diente implicado en la construcción de una prótesis de esta naturaleza.
15. Protectores oclusales usados como elementos de seguridad o para incidir en el desempeño, principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
16. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas exclusivamente con el propósito de lograr la estabilidad periodontal.
17. Servicios dentales que estén cubiertos de otra manera por la póliza, pero que se presten después de la fecha en que se cancela la cobertura individual de la póliza, incluidos los servicios dentales por condiciones dentales que surjan antes de dicha fecha.
18. La cobertura de servicios de ortodoncia no incluye la colocación de un mantenedor de espacio, ningún tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular o un procedimiento quirúrgico para corregir una maloclusión, el reemplazo de aparatos correctores de hábitos o retenedores, ni ningún aparato de ortodoncia interceptiva fijo o extraíble previamente enviado para el pago conforme al plan.
19. Los servicios en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran en situaciones de emergencia.
20. Servicios dentales recibidos como resultado de una guerra o de cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
21. Medicamentos y principios activos que se obtienen con o sin receta, a menos que se suministren y utilicen en el consultorio dental durante la visita del paciente.
22. Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por el Seguro de Accidentes Laborales o las leyes de responsabilidad civil del empleador, y servicios que sean prestados, sin costo para la persona cubierta, por un municipio, condado u otra subdivisión política. Persona cubierta por un municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.