Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI07

Los servicios cubiertos por este Plan se mencionan en esta lista. Si un servicio, tratamiento o procedimiento no figura en esta lista, no es un servicio cubierto. El Dentista de atención primaria (Primary Care Dentist, PCD) asignado debe prestar todos los servicios.

El Miembro deberá pagar el Cargo del paciente que se indica en la lista. Los beneficios que brindamos están sujetos a todos los términos de este Plan, incluidas las Limitaciones y las Condiciones sobre Servicios odontológicos cubiertos y las Exclusiones.

Hay un límite sobre la cantidad total de Cargos del paciente que debe pagar un Miembro menor de 19 años por cada año calendario para los beneficios de salud esenciales pediátricos según lo determina Texas. El límite de gastos máximos en efectivo es $450.00 para cada uno de esos Miembros. Una vez que se alcanza este límite, el plan anula los Cargos del paciente por esos beneficios durante el resto del año calendario para ese Miembro. Sin embargo, si dos o más de esos Miembros alcanzan el límite de gastos máximos en efectivo de $900.00 en un año calendario, el plan anula los Cargos del paciente por esos beneficios para todos los demás Miembros durante el resto del año calendario. Los servicios odontológicos identificados con el asterisco (*) reflejan los beneficios para la salud esenciales pediátricos.

No hay gastos máximos en efectivo para Miembros mayores de 19 años. Los Miembros mayores de 19 años tienen la responsabilidad de pagar el Cargo del paciente indicado.

Un servicio dental recibido a través del uso de comunicación audiovisual, a veces llamado teleodontología, se considerará como un beneficio al igual que un servicio en persona. La teleodontología se proporciona a un Miembro en una ubicación física diferente a la del Dentista, o profesional de la salud que actúa eb vurtyd de la delegación y supervisión de un Dentista, utilizando telecomunicaciones o tecnología de la información.

Los Cargos del paciente que aparecen en esta sección solo son válidos para los servicios cubiertos que: (1) se inician y finalizan en virtud de este Plan, y (2) prestan los dentistas participantes en el estado de Texas.

Código CDT	Servicios cubiertos y cargos del paciente	Cargos del paciente
D0100-D0999	**I. DIAGNÓSTICO**	
D0120	Evaluación odontológica periódica: paciente establecido*	$0
D0140	Evaluación odontológica limitada: centrada en el problema*	$0
D0145	Evaluación odontológica para un paciente menor de tres años y asesoramiento con cuidador principal*	$0
D0150	Evaluación odontológica integral: paciente nuevo o establecido*	$0
D0170	Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente establecido; no visita posoperatoria)*	$0
D0171	Reevaluación: Visita al consultorio posoperatoria	$0
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido*	$0
D0210	Intrabucal: serie completa integral de imágenes radiográficas *	$0
D0220	Intrabucal: primera imagen radiográfica periapical*	$0
D0230	Intrabucal: cada imagen radiográfica adicional periapical*	$0
D0240	Intrabucal: imagen radiográfica oclusal*	$0
D0270	Aleta de mordida: una imagen radiográfica*	$0
D0272	Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas*	$0
D0273	Aletas de mordida: tres imágenes radiográficas*	$0
D0274	Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas*	$0
D0277	Aletas de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas*	$0
D0330	Imagen radiográfica panorámica*	$0
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria para la detección de anomalías de la mucosa, incluidas las lesiones malignas y premalignas, sin incluir procedimientos de citología o biopsia	$50
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dental	$0

Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI07

D0470	Moldes de diagnóstico*	$0
D0600	Procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento	$0
D0999	Visita al consultorio durante el horario regular; solo el dentista general*	$20
D1000-D1999	**II. PREVENCIÓN**	
D1110	Profilaxis: en adultos, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses*	$0
D1120	Profilaxis: en niños, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses*	$0
D1999	Profilaxis: en adultos o niños, para cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses*	$60
	Los Cargos del paciente para los códigos D1110, D1120, D1203, D1204, D1206, D1208 y D4910 se limitan a los dos primeros servicios dentro de cualquier período de 12 meses. Para cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses, consulte los códigos D1999, D2999 y D4999 para saber el Cargo del paciente correspondiente.	
	Profilaxis de rutina o procedimiento de mantenimiento periodontal: un total de cuatro servicios en cualquier período de 12 meses. Uno de los procedimientos de mantenimiento periodontal cubiertos puede ser realizado por un Especialista periodontal participante si lo realiza dentro de los tres a seis meses después de finalizada la terapia periodontal activa aprobada (limpieza de sarro periodontal y planeación radicular o cirugía ósea periodontal) un Especialista periodontal participante. La terapia periodontal activa incluye limpieza de sarro periodontal y planeación radicular o cirugía ósea periodontal.	
D1206	Aplicación tópica de esmalte de fluoruro, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses*	$12
D1208	Aplicación tópica de fluoruro-no se incluye esmalte, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses*	$0
D2999	Fluoruro tópico (en adultos o niños), para cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses*	$20
	Los Cargos del paciente para los códigos D1110, D1120, D1203, D1204, D1206, D1208 y D4910 se limitan a los dos primeros servicios dentro de cualquier período de 12 meses. Para cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses, consulte los códigos D1999, D2999 y D4999 para saber el Cargo del paciente correspondiente.	
	Tratamiento con fluoruro: un total de cuatro servicios en cualquier período de 12 meses.	
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades odontológicas	$0
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud bucal, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	$0
D1330	Instrucciones de higiene bucal	$0
D1351	Sellador: por diente (molares)*	$14
D9999	Sellador: por diente (no molares)*	$35
D1352	Restauración de resina preventiva para pacientes con riesgo de caries moderado a alto: diente permanente*	$14

Los selladores están limitados a los dientes permanentes hasta que cumpla 16 años de edad.

D1510	Separador: fijo, unilateral-por cuadrante*	$75
D1516	Separador: fijo, bilatera, maxilarl*	$110
D1517	Separador: fijo, bilatera, madibularl*	$110
D1520	Separador: extraíble, unilateral*	$75
D1526	Separador: extraíble, bilateral, maxilar*	$110
D1527	Separador:extraíble, bilateral, madibular*	$110
D1555	Extracción del separador fijo	$20
D1551	Recementado o re-bond bilateral separador, maxilar	$13
D1552	Recementado o re-bond bilateral separador, madibular*	$13
D1553	Recementado o re-bond bilateral separador, por cuadrante*	$7
D1556	Extracción del separador fijo, extraible, por cuadrante	$20
D1557	Extracción del separador fijo, bilateral, maxilar*	$20
D1558	Extracción del separador fijo, bilateral, mandibular*	$20
D1575	Distal Shoe Separador: fijo, unilateral por cuadrante*	$75

D2000-D2999 **III. RESTAURACIÓN**

El Cargo del paciente de estos servicios es por unidad.

D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente, incluido el pulido*	$28
D2150	Amalgama: dos superficies, primarias o permanentes, incluido el pulido*	$35
D2160	Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes, incluido el pulido*	$46
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primarias o permanentes, incluido el pulido*	$57
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, primaria o permanente, anterior, incluido el pulido*	$36
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, primaria o permanente, anteriores, incluido el pulido*	$44
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, primaria o permanente, anteriores, incluido el pulido*	$58
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, primaria o permanente, o aquellas que implican ángulo incisal (anterior), incluido el pulido*	$66
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior*	$95
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior, incluido el pulido*	$56
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores, incluido el pulido*	$75
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores, incluido el pulido*	$90
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores, incluido el pulido*	$95
D2510	Incrustación metálica: una superficie*	$326
D2520	Incrustación metálica: dos superficies*	$368
D2530	Incrustación metálica: tres o más superficies*	$383
D2542	Recubrimiento metálico: dos superficies*	$383
D2543	Recubrimiento metálico: tres superficies*	$400
D2544	Recubrimiento metálico: cuatro o más superficies*	$420
	Incrustaciones y recubrimientos metálicos: si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	
D2610	Incrustación de porcelana o cerámica: una superficie*	$326

Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI07

D2620	Incrustación de porcelana o cerámica: dos superficies*	$368
D2630	Incrustación de porcelana o cerámica: tres o más superficies*	$383
D2642	Recubrimiento de porcelana o cerámica: dos superficies*	$383
D2643	Recubrimiento de porcelana o cerámica: tres superficies*	$400
D2644	Recubrimiento de porcelana o cerámica: cuatro o más superficies*	$420
D2740	Corona: porcelana o cerámica*	$450
D2750	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$430
D2751	Corona: porcelana fundida con metal básico predominante*	$430
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble*	$430
D2753	Corona:porcelana fundida con titanio y titanio aleaciones*	$430
D2780	Corona: 3/4 de metal altamente noble fundido*. Si se utiliza metal noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$420
D2781	Corona: 3/4 de metal básico predominante fundido*	$420
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido*	$420
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica*	$420
D2790	Corona: metal altamente noble fundido en su totalidad*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$430
D2791	Corona: metal básico predominante fundido en su totalidad*	$430
D2792	Corona: metal noble fundido en su totalidad*	$430
D2794	Corona: titanio y titanio aleaciones*	$430
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial*	$18
D2915	Recementado o readhesión de poste y muñón prefabricados o fundidos*	$18
D2920	Recementado de corona*	$18
D2928	Corona de porcelana o cerámica prefabricada: diente permanente *	$135
D2929	Corona de porcelana o cerámica prefabricada: diente primario*	$135
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario*	$110
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente*	$125
D2932	Corona prefabricada de resina*	$135
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina*	$135
D2934	Corona de acero inoxidable prefabricada con recubrimiento estético: diente primario*	$145
D2940	Restauración protectora*	$30
D2941	Provisoria terapéutica Restauración, dentición de primaria*	$21
D2949	Restauracion base y indirecto restauracion*	$0
D2950	Reconstrucción dental, incluido algún perno cuando se solicite*	$113
D2951	Retención con perno: por diente, además de la restauración*	$24
D2952	Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente*	$160
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente: mismo diente*	$50
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona*	$130
D2957	Cada poste adicional prefabricado: mismo diente*	$29
D2960	Laminado labial (laminado de resina): directo*	$250
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona personalizar una corona a colocación bajo una estructura de prótesis dental parcial existente*	$125
D3000-D3999	**IV. ENDODONCIA**	
D3110	Recubrimiento pulpar: directo (no se incluye la restauración final)*	$15
D3120	Recubrimiento pulpar: indirecto (no se incluye la restauración final)*	$15

Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI07

D3220	Pulpotomía terapéutica (no se incluye la restauración final): extracción de pulpa de la corona en la unión dentinocemental y aplicación de medicamento*	$50
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes*	$50
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis: dientes permanentes con desarrollo de raíz incompleto*	$50
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): anterior, diente primario (no se incluye la restauración final)*	$88
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): posterior, diente primario (no se incluye la restauración final)*	$90
D3310	Terapia endodóntica: diente anterior (no se incluye restauración final)*	$260
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no se incluye restauración final)*	$300
D3330	Terapia endodóntica, molar (no se incluye restauración final)*	$400
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso sin cirugía*	$0
D3332	Terapia endodóntica incompleta: diente inoperable, no restaurable o fracturado*	$150
D3333	Reparación interna de defectos de perforaciones radiculares*	$120
D3346	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: anterior*	$315
D3347	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: premolar*	$370
D3348	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: molar*	$445
D3410	Apicectomía: anterior*	$265
D3421	Apicectomía: bicúspide (primera raíz)*	$300
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)*	$350
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)*	$110
D3430	Empaste retrógrado: por raíz*	$90
D3471	Reparación quirúrgica de resorción radicular: anterior	$300
D3472	Reparación quirúrgica de resorción radicular: premolar	$300
D3473	Reparación quirúrgica de resorción radicular: molars	$300
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de la reabsorción radicular-anterior*	$300
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de la reabsorción radicular-premolar	$300
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de la reabsorción radicular-molares	$300
D3911	Intraorifice barrier *	$0
D3950	Preparación del conducto y colocación de poste o espiga prefabricados	$20
D4000-D4999	**V. PERIODONCIA**	
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante*	$188
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante*	$85
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir acceso para procedimiento de restauración, por diente*	$60
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluida la planeación radicular: cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante*	$275
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluida la planeación radicular: uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante*	$165
D4249	Alargamiento de la corona clínica: tejido duro*	$285
D4260	Cirugía ósea (incluida elevación del espesor en su totalidad la entrada y el cierre del colgajo): cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante*	$410
D4261	Cirugía ósea (incluida elevación del espesor en su totalidad la entrada y el cierre del colgajo): uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante*	$350
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente*	$0

Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI07

D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado*	$295
D4273	Procedimiento de autoinjerto de tejido conectivo (incluidas las cirugías en los sitios de donante y receptor); primer diente, implante o posición desdentada en injerto*	$328
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida receptor y la cirugía en el sitio del donante); primer diente, implantes o posición desdentada en un injerto*	$298
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida recipient y la cirugía en el sitio del donante); cada diente adicional continuo o posición desdentada en el mismo sitio del un injerto	$179
D4283	Procedimiento de autoinjerto de tejido conectivo (incluidas las cirugías en los sitios de donante y receptor)- cada posición adicional de un diente contiguo, implante o diente edéntulo en el mismo lugar del injerto*	$197
D4341	Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: cuatro o más dientes por cuadrante*	$50
D4342	Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: uno a tres dientes por cuadrante*	$30
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada, en toda la boca, después de una evaluación bucal	$0
D4355	Desbridamiento de la boca completa para permitir la evaluación integral y el diagnóstico-al posterior visitia* *	$35
D4910	Mantenimiento periodontal para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses*	$32
D4999	Mantenimiento periodontal, para cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses*	$60
	Los Cargos del paciente para los códigos D1110, D1120, D1203, D1204, D1206, D1208 y D4910 se limitan a los dos primeros servicios dentro de cualquier período de 12 meses. Para cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses, consulte los códigos D1999, D2999 y D4999 para saber el Cargo del paciente correspondiente. Profilaxis de rutina o procedimiento de mantenimiento periodontal: un total de cuatro servicios en cualquier período de 12 meses. Uno de los procedimientos de mantenimiento periodontal cubiertos puede ser realizado por un Especialista periodontal participante si lo realiza dentro de los tres a seis meses después de finalizada la terapia periodontal activa aprobada (limpieza de sarro periodontal y planeación radicular o cirugía ósea periodontal) un Especialista periodontal participante. La terapia periodontal activa incluye limpieza de sarro periodontal y planeación radicular o cirugía ósea periodontal.	
D5000-D5899	**VI. PROSTODONCIA (extraíble)**	
D5110	Prótesis dental completa: maxilar*	$580
D5120	Prótesis dental completa: mandibular*	$580
D5130	Prótesis dental inmediata: maxilar*	$620
D5140	Prótesis dental inmediata: mandibular*	$620
D5211	Prótesis dental parcial maxilar: base de resina (incluido materiales de retención/cierre cualquier gancho, soporte y diente convencionales)*	$580
D5212	Prótesis dental parcial mandibular: base de resina (incluido materiales de retención/cierre cualquier gancho, soporte y diente convencionales)	$580
D5213	Prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido materiales de retención/cierre cualquier gancho, soporte y diente convencionales)*	$620

Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI07

D5214	Prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido materiales de retención/cierre cualquier gancho, soporte y diente convencionales)*	$620
D5221	Prótesis dental parcial immediata maxilar: base de resina (incluido materiales de retención/cierre, soporte y diente)*	$609
D5222	Prótesis dental parcial immediata mandibular: base de resina (incluido materiales de retención/cierre, soporte y diente)*	$609
D5223	Prótesis dental parcial immediata maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido materiales de retención/cierre, soporte y diente)*	$651
D5224	Prótesis dental parcial immediata mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido materiales de retención/cierre, soporte y diente)*	$651
D5225	Prótesis dental parcial maxilar: base flexible (incluido materiales de retención/cierre cualquier gancho, soporte y diente)*	$675
D5226	Prótesis dental parcial mandibular: base flexible (incluido materiales de retención/cierre cualquier gancho, soporte y diente)*	$675
D5227	Prótesis dental parcial immediata maxilar: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)*	$775
D5228	Prótesis dental parcial immediata mandibular: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)*	$775
D5410	Ajuste de prótesis dental completa: maxilar*	$27
D5411	Ajuste de prótesis dental completa: mandibular*	$27
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial: maxilar*	$27
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial: mandibular*	$27
D5511	Reparación de base de prótesis dental completa partida- mandibular*	$69
D5512	Reparación de base de prótesis dental completa partida- maxilar*	$69
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos: prótesis dental completa (cada diente)*	$66
D5611	Reparación de base de prótesis dental parcial de resina- mandibular*	$80
D5612	Reparación de base de prótesis dental parcial de resina- maxilar*	$80
D5621	Reparación de estructura parcial fundida-mandibular*	$80
D5622	Reparación de estructura parcial fundida-maxilar*	$80
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de retención/cierre gancho roto-por diente*	$96
D5640	Reemplazo de diente roto: por diente*	$62
D5650	Inserción de diente en prótesis dental parcial existente*	$81
D5660	Inserción de gancho en prótesis dental parcial existente-por diente*	$102
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la estructura de metal fundido (maxilar)*	$223
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la estructura de metal fundido (mandibular)*	$223
D5710	Reajuste de prótesis dental maxilar completa*	$230
D5711	Reajuste de prótesis dental mandibular completa*	$230
D5720	Reajuste de prótesis dental parcial maxilar*	$230
D5721	Reajuste de prótesis dental parcial mandibular*	$230
D5730	Realineado de prótesis dental maxilar completa (directo)*	$130
D5731	Realineado de prótesis dental mandibular completa (directo)*	$130
D5740	Realineado de prótesis dental parcial maxilar (directo)*	$125
D5741	Realineado de prótesis dental parcial mandibular (directo)*	$125
D5750	Realineado de prótesis dental maxilar completa (indirecto)*	$186
D5751	Realineado de prótesis dental mandibular completa (indirecto)*	$186
D5760	Realineado de prótesis dental parcial maxilar (indirecto)*	$186
D5761	Realineado de prótesis dental parcial mandibular (indirecto)*	$186
D5765	Revestimiento blando parar completa o extraíble Prótesis dental parcial-indirecto*	$60

D5820	Prótesis dental parcial provisoria (incluido materiales de retención/cierre, soporte y diente) maxilar*	$190
D5821	Prótesis dental parcial provisoria (incluido materiales de retención/cierre, soporte y diente) mandibular*	$190
D5850	Acondicionamiento de los tejidos: maxilar*	$60
D5851	Acondicionamiento de los tejidos: mandibular*	$60
D5900-D5999	**VII. PRÓTESIS MAXILOFACIAL: sin cobertura**	
D6000-D6199	**VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES: sin cobertura**	
D6200-D6999	**IX. PROSTODONCIA, fijado**	
	El Cargo del paciente de estos servicios es por unidad.	
D6210	Diente artificial: metal altamente noble fundido*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo adicional para el paciente por el costo real del metal altamente noble.	$400
D6211	Diente artificial: metal básico predominante fundido*	$400
D6212	Diente artificial: metal noble fundido	$400
D6214	Diente artificial: titanio y titanio aleaciones*	$400
D6240	Diente artificial: porcelana fundida con metal altamente noble*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$400
D6241	Diente artificial: porcelana fundida con metal básico predominante*	$400
D6242	Diente artificial: porcelana fundida con metal noble*	$400
D6243	Diente artificial: porcelana fundida con titanio y titanio aleaciones*	$400
D6245	Diente artificial: porcelana o cerámica*	$410
D6600	Retenedor Incrustación de porcelana o cerámica: dos superficies*	$368
D6601	Retenedor Incrustación de porcelana o cerámica: tres o más superficies*	$383
D6602	Retenedor incrustación: metal altamente noble fundido, dos superficies*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$368
D6603	Incrustación: metal altamente noble fundido, tres o más superficies*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$383
D6604	Retenedor incrustaciones: con metal básico predominante fundido, dos superficies*	$368
D6605	Retenedor incrustaciones: con metal básico predominante fundido, tres o más superficies*	$383
D6606	Retenedor incrustaciones: metal noble fundido, dos superficies*	$368
D6607	Retenedor incrustaciones: metal noble fundido, tres o más superficies*	$383
D6608	Retenedor recubrimiento de porcelana o cerámica: dos superficies*	$383
D6609	Retenedor recubrimiento: porcelana/cerámica, tres o más superficies*	$400
D6610	Retenedor recubrimiento: metal altamente noble fundido, dos superficies*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$383
D6611	Retenedor recubrimiento: metal altamente noble fundido, tres o más superficies*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$400
D6612	Retenedor recubrimiento: con metal básico predominante fundido, dos superficies*	$383

D6613	Retenedor recubrimiento: con metal básico predominante fundido, tres o más superficies*	$400
D6614	Retenedor recubrimiento: metal noble fundido, dos superficies*	$383
D6615	Retenedor incrustaciones: metal noble fundido, tres o más superficies*	$400
D6624	Retenedor incrustación: titanio*	$368
D6634	Retenedor iecubrimiento: titanio*	$383
D6740	Retenedor corona: porcelana/cerámica*	$450
D6750	Retenedor corona: porcelana fundida con metal altamente noble*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$430
D6751	Retenedor corona: porcelana fundida con metal básico predominante*	$430
D6752	Retenedor corona: porcelana fundida con metal noble*	$430
D6753	Retenedor corona: porcelana fundida con titanio y titanio aleaciones *	$430
D6780	Retenedor corona: 3/4 de metal altamente noble fundido*. Si se utiliza metal noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$430
D6781	Retenedor corona: 3/4 de metal básico predominante fundido*	$430
D6782	Retenedor corona: 3/4 de metal noble fundido*	$430
D6783	Retenedor corona: 3/4 de porcelana/cerámica*	$430
D6784	Retenedor corona: 3/4 de titanio y titanio aleaciones*	$430
D6790	Retenedor corona: metal altamente noble fundido en su totalidad*. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo del paciente adicional por el costo real del metal altamente noble.	$430
D6791	Retenedor corona: metal básico predominante fundido en su totalidad*	$430
D6792	Retenedor corona: metal noble fundido en su totalidad*	$430
D6794	Retenedor corona: titanio y titanio aleaciones*	$430
D6930	Recementado or readhesión de prótesis dental parcial fija*	$26
D6999	Plan de tratamiento de unidad de puente y corona múltiple: por unidad, seis o más unidades por plan de tratamiento*	$125
D7000-D7999	**X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL**	
D7111	Extracción, restos coronales: diente primaria*	$20
D7140	Extracción, diente brotado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)*	$35
D7210	Extracción quirúrgica del diente brotado que requiere extracción del hueso y/o de la sección del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperiosteal si se indica*	$110
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando*	$145
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente óseo*	$180
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo*	$215
D7241	Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas no habituales*	$240
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales (procedimiento de corte)*	$110
D7261	Cierre principal de una perforación sinusal	$250
D7280	Exposición de un diente no brotado*	$250
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar el brote del diente impactado	$35
D7285	Incisional Biopsia del tejido bucal: duro (hueso, diente)	$125
D7286	Incisional Biopsia de tejido bucal: blando	$85
D7288	Biopsia con cepillo: recopilación de muestras transepiteliales	$65
D7310	Alveoloplastia en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante*	$53
D7311	Alveoloplastia en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por cuadrante*	$26
D7320	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o	$92

	espacios de los dientes, por cuadrante*	
D7321	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por cuadrante*	$65
D7450	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	$200
D7451	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	$260
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)*	$215
D7472	Extracción de torus palatinus	$215
D7473	Extracción de torus mandibularis	$215
D7509	Marsupialización de quiste odontogenico	$44
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal*	$44
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal, complicado (se incluye el drenaje de múltiples espacios faciales)*	$48
D7922	Colocación del apósitos biológicos intraalveolares para ayudar en la hemostasia o estabilización del coágulo, por sitio*	$25
D7961	Bucal/ labial frenectomia (Frenulectomía)*	$100
D7962	linguales frenectomia (Frenulectomía)*	$100
D7963	Frenuloplastia*	$168

D8000-D8999	**XI. ORTODONCIA**	
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición*	$2,500
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adolescencia*	$2,500
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adultez*	$2,800
	La ortodoncia infantil se aplica a Miembros menores de 19 años; la ortodoncia para adultos se aplica a Miembros mayores de 19 años. La edad de un Miembro se determina en la fecha de colocación de las bandas. Para Miembros menores de 19 años, los servicios de ortodoncia están cubiertos cuando sea necesario debido a una maloclusión grave, disfuncional e incapacitante	
D8660	Visita previa al tratamiento de ortodoncia examinación para monitorear el crecimiento y desarrollo*	$250
D8670	Visita de tratamiento de ortodoncia periódica*	$0
D8680	Retención de la ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y reemplazo de retenedores extraíbles)*	$400
D8999	Consulta para determinar que comenzará el tratamiento de ortodoncia (incluye plan de tratamiento, registros y evaluación)	$250

D9000-D9999	**XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS**	
D9110	Tratamiento paliativo para el dolor dental: por visita*	$25
D9120	Seccionamiento de prótesis dental parcial fija*	$30
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos de operaciones o quirúrgicos	$0
D9219	Evaluación para sedación moderado, sedación profunda o anestesia general*	$55

Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI07

D9222	Anestesia general o sedación profunda: primeros 15 minutos*	$98
D9223	Anestesia general o sedación profunda: cada 15 minutos adicionales*	$98
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis*	$28
D9239	Sedación o analgesia (consciente) intravenosa moderado : primeros 15 minutos*	$98
D9243	Sedación o analgesia (consciente) intravenosa moderado : cada 15 minutos adicionales*	$98
D9248	No-intravenosa sedación consciente	$125
	Los códigos de procedimiento D9222, D9223, D9239 y D9248 están limitados a un Especialista de cirugía bucal participante. Además, estos servicios solo están cubiertos en conjunto con otros servicios quirúrgicos.	
D9310	Consulta: servicio diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo solicita*	$34
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud *	$0
D9430	Visitas al consultorio por observación (en el horario habitual programado): sin otros servicios suministrados*	$10
D9440	Visita al consultorio: después del horario habitual programado*	$50
D9450	Presentación de casos, al posterior planificación extensiva y detallada del tratamiento	$0
D9951	Ajuste oclusal: limitado	$23
D9971	Odontoplastia: por diente	$23
D9972	Blanqueamiento externo, por arco, en consultorio	$165
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye material y fabricación de bandejas personalizadas	$99
D9986	Cita cancelada	$25
D9991	Administración de casos dentales: abordaje de las barreras de cumplimiento de la cita	$0
D9992	Administración de casos dentales: atención coordinada	$0
D9993	Administración de casos dentales: entrevista motivacional	$0
D9994	Administración de casos dentales: educación del paciente para mejorar conocimientos sobre la salud oral	$0
D9997	Administración de casos dentales: pacientes con necesidades especiales de cuidado de la salud	$0

El Plan cubre los siguientes servicios de ortodoncia:

- Los servicios de ortodoncia indicados en Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente, limitados a un (1) esquema de tratamiento por Miembro. Debemos autorizar previamente el tratamiento, y lo debe brindar un Dentista especialista en ortodoncia participante.
- Hasta veinticuatro (24) meses de tratamiento integral.
- Los registros y el plan de tratamiento, incluso los registros iniciales y los registros provisorios y finales.
- El tratamiento de ortodoncia integral, incluidos los aparatos con bandas fijas y las visitas relacionadas únicamente.
- Los servicios de retención después de un esquema de tratamiento de ortodoncia integral cubierto en virtud de este Plan.
- Retención de ortodoncia, incluidos todos y cada uno de los aparatos fijos y extraíbles necesarios; y las visitas relacionadas.
- Si un Miembro tiene un tratamiento de ortodoncia asociado a cirugía ortognática (un procedimiento no cubierto que implica el movimiento quirúrgico de los dientes), el Plan

brinda el beneficio de ortodoncia estándar. El Miembro pagará los cargos adicionales relacionados con la cirugía ortognática y la complejidad del tratamiento de ortodoncia. El cargo adicional se basará en la tarifa habitual del Dentista especialista en ortodoncia participante.

El Plan no cubre los siguientes servicios de ortodoncia:

- Los Procedimientos enumerados como exclusión, que superen los límites del Plan o que no estén cubiertos por MDG.
- El tratamiento de ortodoncia realizado por un dentista que no sea un Dentista especialista en ortodoncia participante.
- Tratamiento de ortodoncia limitado y el tratamiento (de fase 1) interceptivo.
- Un tratamiento con una duración mayor de veinticuatro (24) meses. (El Miembro pagará un cargo adicional por cada mes adicional de tratamiento, en función de la tarifa contratada del Dentista especialista en ortodoncia participante).
- Excepto lo descrito en tratamiento en curso: tratamiento de ortodoncia, los servicios de ortodoncia no están cubiertos si el tratamiento integral comienza antes de que el Miembro sea elegible para los beneficios en virtud del Plan. Si la cobertura del Miembro finaliza después de insertarse los aparatos con bandas fijas, el Dentista de atención especializada en ortodoncia participante podrá prorratear su tarifa habitual durante los meses restantes de tratamiento.
- Servicios de ortodoncia después de que finaliza la cobertura del Miembro.
- Todo cargo incremental por aparatos de ortodoncia no estándares o aquellos hechos con material transparente, cerámica, blanco u otro material opcional o brackets linguales.
- Procedimientos, aparatos o dispositivos (a) para guiar el movimiento menor de dientes; o (b) para corregir o controlar hábitos perjudiciales.
- El nuevo tratamiento de casos de ortodoncia o los cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios debido a algún tipo de accidente.
- El reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia dañados debido a negligencia por parte del Miembro.
- Las extracciones realizadas exclusivamente para facilitar el tratamiento de ortodoncia.
- Cirugía ortognática (movimiento de dientes por medios quirúrgicos) y cargos incrementales asociados.
- Si el Miembro se transfiere a otro Dentista de atención especializada en ortodoncia participante después de haberse iniciado el tratamiento de ortodoncia integral autorizado en virtud de este Plan, el Miembro tendrá la responsabilidad de pagar los costos adicionales asociados al cambio de Dentista de atención especializada en ortodoncia y al posterior tratamiento.