

## Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

**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 \$375.00 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 \$750.00 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.

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 |
|-------------------------|--|---------------------|
| <b>D0100-<br/>D0999</b> | <b>I. DIAGNÓSTICO</b>  |                     |
| 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                 |
| D0180                   | Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido*   | \$0                 |
| D0210                   | Intrabucal: serie completa 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                 |
| D0470                   | Moldes de diagnóstico*   | \$0                 |
| D0999                   | Visita al consultorio durante el horario regular; solo el dentista general*  | \$15                |

## Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

**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.

|       |   |      |
|-------|---|------|
| D1203 | Aplicación tópica de fluoruro (no incluye profilaxis): en niños, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses*   | \$0  |
| D1204 | Aplicación tópica de fluoruro (no incluye profilaxis): en adultos, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses* | \$0  |
| 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, 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  |
| 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* | \$75  |
| D1515 | Separador: fijo, bilateral*  | \$110 |

### Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

|       |                                  |       |
|-------|----------------------------------|-------|
| D1525 | Separador: extraíble, bilateral* | \$110 |
| D1550 | Recementación del separador      | \$13  |
| D1555 | Extracción del separador fijo    | \$20  |

#### D2000- III. RESTAURACIÓN

D2999

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, anterior, incluido el pulido*  | \$36 |
| D2331 | Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores, incluido el pulido*   | \$44 |
| D2332 | Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores, incluido el pulido*  | \$58 |
| D2335 | Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, 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 |
| 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: sustrato de 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 |
| 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*  | \$430 |
| D2910 | Recementado de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial*  | \$18  |

## Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

|                         |   |       |
|-------------------------|---|-------|
| D2915                   | Recementado de poste y muñón prefabricados o fundidos*  | \$18  |
| D2920                   | Recementado de corona*  | \$18  |
| 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  |
| 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): en el consultorio*  | \$250 |
| D2970                   | Corona temporal (diente fracturado)   | \$100 |
| D2971                   | Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo una estructura de prótesis dental parcial existente*                                    | \$125 |
| D2990                   | Infiltración con resina en lesiones incipientes sobre superficie regular*   | \$5   |
| <b>D3000-<br/>D3999</b> | <b>IV. ENDODONCIA</b>   |       |
| D3110                   | Recubrimiento pulpar: directo (no se incluye la restauración final)*  | \$15  |
| D3120                   | Recubrimiento pulpar: indirecto (no se incluye la restauración final)*  | \$15  |
| 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 bicúspide (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: bicúspide*  | \$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  |
| D3950                   | Preparación del conducto y colocación de poste o espiga prefabricados   | \$20  |
| <b>D4000-<br/>D4999</b> | <b>V. PERIODONCIA</b>   |       |
| D4210                   | Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante*  | \$188 |

## Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

|                         |   |       |
|-------------------------|---|-------|
| 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 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 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   |
| D4270                   | Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado*   | \$295 |
| D4271                   | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía en el sitio del donante)*  | \$298 |
| D4273                   | Procedimientos de injertos de tejidos conjuntivos subepiteliales por diente*  | \$328 |
| D4277                   | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía en el sitio del donante); primer diente o posición desdentada en un injerto*   | \$298 |
| D4278                   | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía en el sitio del donante); cada diente adicional continuo o posición desdentada en el mismo sitio del injerto*  | \$179 |
| 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  |
| D4355                   | Desbridamiento de la boca completa para permitir la evaluación integral y el diagnóstico*   | \$35  |
| D4920                   | Cambio de apósitos sin programar (por una persona que no sea el dentista que lo atiende o su personal)  | \$25  |
| 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. |       |
| <b>D5000-<br/>D5999</b> | <b>VI. PROSTODONCIA (extraíble)</b>   |       |
| D5110                   | Prótesis dental completa: maxilar*  | \$580 |
| D5120                   | Prótesis dental completa: mandibular*   | \$580 |
| D5130                   | Prótesis dental inmediata: maxilar*   | \$620 |
| D5140                   | Prótesis dental inmediata: mandibular*  | \$620 |

### Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| D5211 | Prótesis dental parcial maxilar: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)*  | \$580 |
| D5212 | Prótesis dental parcial mandibular: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)*   | \$580 |
| D5213 | Prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)*    | \$620 |
| D5214 | Prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales)* | \$620 |
| D5225 | Prótesis dental parcial maxilar: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)*  | \$675 |
| D5226 | Prótesis dental parcial mandibular: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)*   | \$675 |
| 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  |
| D5510 | Reparación de base de prótesis dental completa partida*  | \$69  |
| D5520 | Reemplazo de dientes faltantes o rotos: prótesis dental completa (cada diente)*  | \$66  |
| D5610 | Reparación de base de prótesis dental de resina*   | \$80  |
| D5620 | Reparación de estructura fundida*  | \$80  |
| D5630 | Reparación o reemplazo de gancho roto*   | \$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*  | \$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 (en consultorio)*   | \$130 |
| D5731 | Realineado de prótesis dental mandibular completa (en consultorio)*  | \$130 |
| D5740 | Realineado de prótesis dental parcial maxilar (en consultorio)*  | \$125 |
| D5741 | Realineado de prótesis dental parcial mandibular (en consultorio)*   | \$125 |
| D5750 | Realineado de prótesis dental maxilar completa (en laboratorio)*   | \$186 |
| D5751 | Realineado de prótesis dental mandibular completa (en laboratorio)*  | \$186 |
| D5760 | Realineado de prótesis dental parcial maxilar (en laboratorio)*  | \$186 |
| D5761 | Realineado de prótesis dental parcial mandibular (en laboratorio)*   | \$186 |
| D5820 | Prótesis dental parcial provisoria (maxilar)*  | \$190 |
| D5821 | Prótesis dental parcial provisoria (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 (fija, cada retenedor y cada diente artificial constituye una unidad de prótesis dental parcial fija [puente])**

El Cargo del paciente de estos servicios es por unidad.

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| D6210 | Diente artificial: metal altamente noble fundido <sup>4</sup> *. Si se utiliza metal altamente noble, habrá un Cargo adicional para el paciente por el costo real del metal altamente | \$400 |
|-------|---|-------|

## Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

noble.

|       |  |       |
|-------|--|-------|
| D6211 | Diente artificial: metal básico predominante fundido*  | \$400 |
| D6212 | Diente artificial: metal noble fundido   | \$400 |
| D6214 | Diente artificial: titanio*  | \$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 |
| D6245 | Diente artificial: porcelana o cerámica*   | \$410 |
| D6600 | Incrustación de porcelana o cerámica: dos superficies*   | \$368 |
| D6601 | Incrustación de porcelana o cerámica: tres o más superficies*  | \$383 |
| D6602 | 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 | Incrustaciones: con metal básico predominante fundido, dos superficies*  | \$368 |
| D6605 | Incrustaciones: con metal básico predominante fundido, tres o más superficies*   | \$383 |
| D6606 | Incrustaciones: metal noble fundido, dos superficies*  | \$368 |
| D6607 | Incrustaciones: metal noble fundido, tres o más superficies*   | \$383 |
| D6608 | Recubrimiento de porcelana o cerámica: dos superficies*  | \$383 |
| D6609 | Recubrimiento: porcelana/cerámica, tres o más superficies*   | \$400 |
| D6610 | 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 | 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 | Recubrimiento: con metal básico predominante fundido, dos superficies*   | \$383 |
| D6613 | Recubrimiento: con metal básico predominante fundido, tres o más superficies*  | \$400 |
| D6614 | Recubrimiento: metal noble fundido, dos superficies*   | \$383 |
| D6615 | Incrustaciones: metal noble fundido, tres o más superficies*   | \$400 |
| D6624 | Incrustación: titanio*   | \$368 |
| D6634 | Recubrimiento: titanio*  | \$383 |
| D6740 | Corona: porcelana/cerámica*  | \$450 |
| D6750 | 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 | Corona: porcelana fundida con metal básico predominante*   | \$430 |
| D6752 | Corona: porcelana fundida con metal noble*   | \$430 |
| D6780 | 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 | Corona: 3/4 de metal básico predominante fundido*  | \$430 |
| D6782 | Corona: 3/4 de metal noble fundido*  | \$430 |
| D6783 | Corona: 3/4 de porcelana/cerámica*   | \$430 |
| D6790 | 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 | Corona: metal básico predominante fundido en su totalidad*   | \$430 |
| D6792 | Corona: metal noble fundido en su totalidad*   | \$430 |
| D6794 | Corona: titanio*   | \$430 |
| D6930 | Recementado de prótesis dental parcial fija*   | \$26  |

### Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

|       |   |       |
|-------|---|-------|
| D6970 | Poste y muñón, además del retenedor de prótesis dental parcial fija, fabricados indirectamente*                     | \$160 |
| D6972 | Poste y muñón prefabricados, además del retenedor de prótesis dental parcial fija*                                  | \$130 |
| D6973 | Reconstrucción dental para el retenedor, incluido cualquier perno*  | \$113 |
| D6976 | Cada poste adicional fabricado indirectamente: mismo diente*  | \$50  |
| D6977 | Cada poste adicional prefabricado: mismo diente*  | \$29  |
| 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 deciduo*   | \$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 | Acceso quirúrgico de un diente no brotado*  | \$250 |
| D7283 | Colocación del dispositivo para facilitar el brote del diente impactado   | \$35  |
| D7285 | Biopsia del tejido bucal: duro (hueso, diente)  | \$125 |
| D7286 | 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 espacios de los dientes, por cuadrante*  | \$92  |
| 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 |
| 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  |
| D7960 | Frenulectomía, también conocida como frenectomía o frenotomía, un procedimiento por separado que no está vinculado con otro procedimiento*                            | \$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 |

## Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05

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.

|                         |   |       |
|-------------------------|---|-------|
| D8660                   | Visita previa al tratamiento de ortodoncia (incluye plan de tratamiento, registros, evaluación y consulta)*   | \$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 |
| <b>D9000-<br/>D9999</b> | <b>XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS</b>   |       |
| D9110                   | Tratamiento paliativo (de emergencia) para el dolor dental: procedimiento menor*  | \$25  |
| D9120                   | Seccionamiento de prótesis dental parcial fija*   | \$30  |
| D9215                   | Anestesia local en conjunto con procedimientos de operaciones o quirúrgicos   | \$0   |
| D9220                   | Anestesia general o sedación profunda: primeros 30 minutos*   | \$195 |
| D9221                   | Anestesia general o sedación profunda: cada 15 minutos adicionales*   | \$75  |
| D9241                   | Sedación o analgesia consciente intravenosa: primeros 30 minutos*   | \$195 |
| D9242                   | Sedación o analgesia consciente intravenosa: cada 15 minutos adicionales*   | \$75  |
|                         | Los códigos de procedimiento D9220, D9221, D9241 y D9242 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  |
| 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, planificación extensiva y detallada del tratamiento  | \$0   |
| D9951                   | Ajuste oclusal: limitado  | \$23  |
| D9971                   | Odontoplastia: 1 a 2 dientes; incluye extracción de proyecciones de esmalte   | \$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  |

### 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

## **Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI05**

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.