
ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

CHAMPION HEALTH PLAN

23520

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2026

**Condados de California: Fresno, Imperial, Kern, Los Angeles, Madera, Orange, Riverside,
San Bernardino, San Diego**

Administrado por:



Delta Dental of California en asociación
con SKYGEN USA, LLC

Índice

INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIONES	2
CONDICIONES BAJO LAS QUE SE OTORGAN LOS BENEFICIOS.....	3
CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR	5
CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES	5
APELACIÓN DE RECLAMACIONES	6
DISPOSICIONES GENERALES	7

Anexos

ANEXO A: DEDUCIBLES, LÍMITES MÁXIMOS Y NIVELES DE BENEFICIOS DEL PLAN

ANEXO B: SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

ANEXO C: CÓDIGOS Y DESCRIPCIONES DE PROCEDIMIENTOS DENTALES

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental para **Champion Health Plan**. Su plan es respaldado y administrado por Delta Dental of California (“Delta Dental”) en asociación con SKYGEN USA, LLC. Nuestro objetivo es brindarle cuidado dental de alta calidad y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le animamos a que no espere a tener un problema para ver al dentista, sino que lo vea con frecuencia.

Cómo usar este Anexo de beneficios

Este Apéndice de beneficios dentales (“Plan”), que incluye el Anexo A, Deducibles, Límites Máximos y Niveles de Beneficios del plan; el Anexo B, Limitaciones y Exclusiones y el Anexo C, Códigos y Descripción de Procedimientos Dentales, explica los términos y condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarle a aprovechar al máximo su plan dental. Este le ayudará a entender el funcionamiento del plan y a cómo obtener cuidado dental. Lea este folleto detenidamente y por completo. “Nosotros”, “nos” y “nuestro” siempre se refiere a Delta Dental. Lea la sección “Definiciones”, en la que se explicarán todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos en este plan.

Las explicaciones de los beneficios que se encuentran en este folleto del Plan están sujetas a todas las disposiciones del Contrato en archivo con Champion Health Plan (“Titular del Contrato”) y no modifican los términos ni las condiciones del Contrato de ninguna manera, así como usted tampoco adquirirá ningún derecho por las declaraciones u omisiones de este folleto.

Aviso: *Este folleto del plan es únicamente un resumen de su plan dental y su exactitud debe verificarse antes de recibir tratamiento. Esta información no es una garantía de pagos, servicios o Beneficios cubiertos.*

Póngase en contacto con nosotros

Para obtener más información, visite es.deltadentalins.com/championhealthplanhmo o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al (800) 508-4883 (TTY 711). Un representante de servicio al cliente podrá responder las preguntas que usted tenga acerca de cómo obtener el cuidado dental, ayudarlo a ubicar a un proveedor participante de Delta Dental, explicarle los Beneficios, consultar el estado de una reclamación y ayudarlo a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental llamando al (800) 508-4883 durante el horario regular habitual para obtener información acerca de la elegibilidad y los Beneficios de los Miembros, el estado de una reclamación o para hablar con un Representante de Servicio al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere comunicarse con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta a la siguiente dirección:

Delta Dental Customer Service
P.O. Box 68
Milwaukee, WI 53201

DEFINICIONES

Los términos que aparecen en mayúscula en este folleto del plan tienen significados definidos que aparecen en la siguiente sección o a lo largo de las secciones del folleto.

Apelación: es lo que usted hace si no está de acuerdo con la decisión de denegación de una solicitud de servicios de cuidado dental o pago de los servicios que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión de detener los servicios que recibe. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si su plan no paga por un servicio que usted cree que debería poder recibir.

Año calendario: los 12 meses del año desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre.

Año del plan: los 12 meses que inician en la fecha de entrada en vigencia y cada periodo subsecuente de 12 meses.

Beneficios: las cantidades que pagará el plan por los servicios dentales cubiertos.

Cargo contratado por el proveedor de Medicare participante de Delta Dental (cargo contratado por el proveedor participante): el cargo por un procedimiento único cubierto bajo el plan que un proveedor participante ha acordado contractualmente aceptar como pago total por los servicios cubiertos.

Cargos presentados: la cantidad que el dentista tratante factura e ingresa en una reclamación para un procedimiento específico.

Código de procedimiento: el número del Nomenclador Dental Actual® (CDT, por sus siglas en inglés) asignado por la Asociación Dental Estadounidense a un procedimiento único.

Contrato: el Acuerdo entre Champion Health Plan y Delta Dental of California para la Prestación de Servicios Dentales.

Costos Compartidos: las cantidades que se pueden cobrar a los Miembros como parte del costo de la prestación de los servicios cubiertos. Los costos compartidos consisten en el coseguro, los copagos, el deducible y la facturación de saldos.

Deducible: una cantidad en dólares que un miembro debe pagar por determinados servicios cubiertos antes de que el plan comience a pagar los beneficios.

Fecha de entrada en vigencia: la fecha original en la que comienza el plan. Puede encontrar esta fecha en la portada de este folleto y en el Anexo A.

Formulario de reclamación: el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación o solicitar un presupuesto previo al tratamiento.

Límite máximo autorizado del plan: el reembolso bajo el plan sobre el cual Delta Dental calcula el pago del plan y la obligación financiera del miembro. Sujeto a ajustes por dificultad extrema o circunstancias inusuales, el límite máximo autorizado del plan para los servicios proporcionados por un proveedor participante es el menor entre los cargos presentados por el proveedor o el cargo contratado por el proveedor participante.

Miembro: una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en el plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Nivel de beneficio del plan: el porcentaje del límite máximo autorizado del plan que el plan pagará después de que se alcance el deducible, si lo hubiera, como se muestra en el Anexo A.

Plan: este plan dental que describe los beneficios, limitaciones, exclusiones, términos y condiciones de cobertura para los miembros inscritos en Medicare Advantage Plan del titular del contrato.

Presupuesto previo al tratamiento: presupuesto de los Beneficios autorizados bajo el plan para los servicios propuestos.

Procedimiento único: procedimiento dental al que se le asigna un código de procedimiento independiente.

Proveedor de Medicare no participante (proveedor no participante): un dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para ser un proveedor participante bajo este Medicare Advantage Plan.

Proveedor de Medicare participante de Delta Dental (proveedor participante): se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología, cuándo y dónde se realiza, y que ha firmado un contrato con Delta Dental en el que está de acuerdo a participar en este Medicare Advantage Plan y a ofrecer servicios cubiertos a los miembros.

Razonable: se refiere a que un miembro aplica un juicio prudente al determinar que existe una emergencia dental y realiza al menos un intento de ponerse en contacto con su dentista contratado para obtener servicios de emergencia y, en caso de que el dentista no esté disponible, hace al menos un intento de ponerse en contacto con Delta Dental para pedir ayuda antes de buscar atención por parte de otro dentista.

Servicios de emergencia: atención proporcionada a un miembro por un dentista y que es necesario para tratar una enfermedad dental que se manifiesta como un síntoma lo suficientemente grave, incluido el dolor intenso, que en caso de no atenderse de forma inmediata el miembro podría esperar razonablemente que se derive en: (i) un grave peligro para su salud dental o (ii) un deterioro grave de sus funciones dentales.

Titular del contrato: Champion Health Plan.

Tratamiento en curso: se refiere a todo procedimiento dental único, según se define en el código del CDT, que haya sido iniciado mientras el miembro era elegible para recibir beneficios y que requiere varias citas para ser completado, independientemente de si el miembro sigue siendo elegible para recibir tales beneficios bajo el plan. Algunos ejemplos son: dientes que fueron preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares en las que se estableció un tiempo de trabajo, o dentaduras postizas totales o parciales para las que se tomó una impresión.

Usted, su o usted mismo: la persona que recibe servicios dentales.

CONDICIONES BAJO LAS QUE SE OTORGAN LOS BENEFICIOS

El plan pagará beneficios por los servicios dentales descritos en el Anexo B. El plan pagará los beneficios solo por los servicios cubiertos. El plan cubre varias categorías de servicios dentales cuando un proveedor participante presta los servicios y cuando estos son necesarios y están dentro de los principios de la práctica dental generalmente aceptada. Las reclamaciones se tramitarán de acuerdo con las políticas de procesamiento estándar de Delta Dental. Las políticas de procesamiento pueden modificarse periódicamente; por lo tanto, Delta Dental usará las políticas de procesamiento vigentes en

el momento en el que se procese la reclamación. Delta Dental puede usar dentistas (especialistas dentales) para revisar los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico o los tratamientos recetados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y si el tratamiento tiene un pronóstico favorable. Las limitaciones y exclusiones se aplicarán durante el período durante el cual usted sea miembro del plan.

Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos individuales que se lleven a cabo al mismo tiempo que el procedimiento principal, los procedimientos individuales se consideran parte del procedimiento principal para los fines de determinar el beneficio a pagar bajo el plan. Aunque el dentista facture el procedimiento principal y cada una de sus partes componentes por separado, el beneficio total a pagar por todos los cargos relacionados estará limitado al límite máximo del beneficio a pagar por el procedimiento principal.

Pérdida de la cobertura

La cobertura del miembro termina el último día del mes o inmediatamente después de que termine el contrato.

Coseguro

El plan pagará un porcentaje del límite máximo autorizado del plan para los servicios cubiertos, como se muestra en el Anexo A, y usted es responsable de pagar el porcentaje restante del límite máximo autorizado del plan, así como cualquier costo compartido adicional. El porcentaje del límite máximo autorizado del plan que debe pagar se denomina coseguro ("Coseguro"). El coseguro es parte de sus gastos de bolsillo. Usted paga los coseguros incluso después de haber cumplido con el deducible. Además del coseguro y cualquier deducible restante, es posible que deba pagar cualquier cantidad que exceda su cantidad del límite máximo y el costo de cualquier servicio no cubierto. A esto nos referimos con costos compartidos.

La cantidad de su coseguro dependerá del tipo de servicio que reciba. Los proveedores participantes deben cobrar el coseguro por los servicios cubiertos. El coseguro es un método para compartir los costos de proporcionar beneficios dentales. Si el proveedor participante le descuenta, reembolsa o exime de cualquier parte del coseguro, el plan se verá obligado a proporcionar como beneficios únicamente los porcentajes correspondientes del límite máximo autorizado del plan reducido por la cantidad que se descuenta, reembolsa o exime de dichos cargos o asignaciones.

Cantidad del límite máximo

La mayoría de los programas dentales tienen una cantidad del límite máximo. Una cantidad del límite máximo ("Cantidad del límite máximo" o "Límite máximo") es la cantidad total en dólares que el plan pagará por el costo del cuidado dental. Usted es responsable de pagar los costos que superen esta cantidad. La cantidad del límite máximo a pagar, si lo hubiera, se muestra en el Anexo A. La cantidad del límite máximo puede aplicarse anualmente, por servicio o durante la vigencia.

Presupuesto previo al tratamiento

No es obligatorio obtener un presupuesto previo al tratamiento; sin embargo, su proveedor participante puede presentar un formulario de reclamación con Delta Dental antes de comenzar el tratamiento que muestre los servicios que le proporcionará. Delta Dental estimará la cantidad de los beneficios pagaderos bajo el plan para los servicios indicados. Si solicita a su dentista un presupuesto previo al tratamiento de Delta Dental antes de que acepte recibir cualquier tratamiento prescrito, tendrá un presupuesto por

adelantado de lo que pagará el plan y de la diferencia que usted deberá pagar. Los beneficios se procesarán de acuerdo con los términos del plan cuando se proporcione efectivamente el tratamiento. Los presupuestos previos al tratamiento tienen una validez durante 365 días, o hasta que se reciban otros servicios después de la fecha de los presupuestos previos al tratamiento, o hasta que ocurra antes alguno de los siguientes eventos:

- La fecha de vencimiento del plan;
- La fecha en que se modifican los beneficios bajo el plan si los servicios en el presupuesto previo al tratamiento son parte de la enmienda;
- La fecha de vencimiento de la cobertura; o
- La fecha de terminación del acuerdo del proveedor participante con Delta Dental.

Un presupuesto previo al tratamiento no garantiza el pago. Es un estimado de la cantidad que el plan pagará si usted está inscrito y cumple con todos los requisitos del programa del plan al momento en el que el tratamiento planeado haya terminado. Es posible que no tenga en cuenta ningún deducible. Por esta razón, recuerde calcular su deducible, si fuera necesario.

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR

Libre elección de dentista dentro de la red

Reconocemos que muchos factores afectan la elección del dentista y, por lo tanto, apoyamos su derecho a elegir libremente a su dentista consultado dentro de su red. Esto garantiza su acceso completo al tratamiento dental que necesite en el consultorio dental que usted elija. Puede consultar a cualquier proveedor participante para su tratamiento cubierto. Además, podrá ver diferentes proveedores participantes dentro de su red.

Un proveedor participante es un proveedor de Delta Dental que aceptó proporcionar servicios cubiertos bajo este Medicare Advantage Plan. Para recibir los beneficios bajo este plan, el cuidado dental que reciba debe ser un servicio cubierto. El Plan no paga Beneficios por el cuidado dental que no sea un servicio cubierto. Cualquier tratamiento recibido por un Proveedor No Participante no será cubierto y el miembro será 100 % responsable del costo. Le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista sea un Proveedor Participante en este Medicare Advantage Plan antes de cada cita. Revise la sección "Cómo se pagan las reclamaciones" para obtener una explicación de los procedimientos de pago a fin de entender el método de pago correspondiente al Proveedor Participante que haya elegido.

Cómo localizar a un proveedor participante de Delta Dental

Hay dos maneras en que se puede ubicar a un Proveedor Participante en su área:

- usted puede acceder a la información a través del sitio web del Champion Health Plan; o
- también puede llamar sin cargo a nuestro Centro de Servicio al Cliente al (800) 508-4883 y uno de nuestros representantes le ayudará. Delta Dental puede proporcionarle información sobre la especialidad de un Proveedor Participante de Delta Dental y la ubicación del consultorio.

CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES

Pago de servicios: proveedor participante

Seleccionar un proveedor participante le permite al miembro obtener beneficios por los servicios cubiertos que se le proporcionan. El pago a un proveedor participante se calcula basado en el límite

máximo autorizado del plan. Los proveedores participantes acuerdan aceptar el límite máximo autorizado del plan de Delta Dental como pago total por los servicios cubiertos, lo que significa que usted solo será responsable de cualquier costo compartido aplicable para el servicio cubierto.

La parte del límite máximo autorizado del plan que paga el plan está limitada al nivel de beneficio del plan aplicable que se muestra en el Anexo A. El pago del plan se envía directamente al proveedor participante que presentó la reclamación. Delta Dental le informará sobre cualquier cargo que no sea pagadero por el plan del cual usted es responsable. Por lo general, estos cargos por costos compartidos son su parte del límite máximo autorizado (coseguro) del plan, así como cualquier deducible, cargos donde se excedió la cantidad del límite máximo o cargos por servicios no cubiertos.

Pago de servicios: Proveedor No Participante

Excepto en el caso de una emergencia en la que un Proveedor Participante no esté disponible para proporcionarle la atención que necesita, el Plan no paga ningún Beneficio por servicios dentales (independientemente de si son servicios cubiertos) si los servicios los proporciona un Proveedor No Participante. Usted será el único responsable de cualquier atención dental brindada por un Proveedor No Participante.

Delta Dental contrata a dentistas con la licencia correspondiente y que participan en otros planes dentales ofrecidos por Delta Dental. No todos estos dentistas están de acuerdo o tienen contrato con Delta Dental para ser un proveedor participante en este plan. Por lo tanto, le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista que seleccione sea un Proveedor Participante en este Plan dental antes de cada cita. El dentista puede estar bajo contrato para otro plan de beneficios de Delta Dental, pero no necesariamente este Plan para beneficiarios de Champion Health Plan.

Cómo presentar una reclamación

Delta Dental no exige la presentación de formularios de reclamación especial. Sin embargo, la mayoría de los consultorios dentales tienen formularios de reclamación disponibles. Los proveedores participantes se encargarán de los trámites relacionados con su reclamación por usted. Si desea presentar su propia reclamación directamente a Delta Dental, consulte la sección titulada “Aviso del formulario de reclamación” para obtener más información.

Puede obtener ayuda para llenar dicho formulario en el consultorio dental. Complete el formulario de reclamación y envíelo a la siguiente dirección:

*Delta Dental Claims
P.O. Box 2049
Milwaukee, WI 53201*

APELACIÓN DE RECLAMACIONES

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solamente la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales proporcionados por los Proveedores Participantes hasta la cortesía con la que lo atienden los representantes de Delta Dental por teléfono. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la negación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, los procedimientos o las

operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales prestados por un Proveedor Participante, tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante Champion Health Plan al 800-885-8000.

Consulte el folleto de su Evidencia de cobertura de Champion Health Plan para obtener información del proceso de queja, comuníquese con Champion Health Plan al 800-885-8000 de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711), o acceda a información adicional directamente visitando <https://championhealthplans-usa.com/>.

DISPOSICIONES GENERALES

Examen clínico

Antes de aprobar una reclamación, Delta Dental tendrá derecho a recibir, en la medida que sea legal, por parte de cualquier dentista a cargo o examinador o por parte de hospitales en los que se proporcione atención dental, dicha información y registros relacionados con la asistencia o el examen, o el tratamiento proporcionado a usted que puedan requerirse para administrar la reclamación, o para que le examine un asesor dental contratado por nosotros a expensas del plan, en su comunidad o residencia o cerca de ella. En todo momento, Delta Dental conservará de manera confidencial dicha información y registros.

Aviso del formulario de reclamación

Delta Dental le entregará a usted o a su proveedor, si lo solicita, un formulario de reclamación para que pueda reclamar los beneficios. Para hacer una reclamación, el formulario debe estar lleno y firmado por el proveedor participante que brindó el servicio y por el paciente (o el padre, madre o tutor legal si el paciente fuera menor de edad) y se nos debe enviar a la dirección que se mencionó antes.

Si Delta Dental no proporciona el formulario dentro de los 15 días posteriores a su solicitud o la de su proveedor participante, se considerará que se han cumplido los requisitos de prueba de pérdida establecidos en el siguiente párrafo al momento de la presentación a Delta Dental, dentro del plazo de tiempo establecido en dicho párrafo para la presentación de pruebas de pérdida, de prueba escrita que abarque el acontecimiento, el carácter y la extensión de la pérdida por la que se hace la reclamación. Usted o su proveedor participante pueden descargar un formulario de reclamación del sitio web de Delta Dental.

Aviso de reclamación o prueba de pérdida por escrito

Delta Dental debe recibir una prueba de pérdida por escrito en un plazo de 12 meses a contar a partir de la fecha de la pérdida. Si no es razonablemente posible proporcionar prueba escrita en el tiempo requerido, la reclamación no se reducirá ni se denegará únicamente por este motivo, siempre que la prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible. En cualquier caso, la prueba de pérdida debe proporcionarse hasta un año después a partir de dicho momento (a menos que el reclamante esté legalmente incapacitado).

Toda prueba de pérdida por escrito debe entregarse a Delta Dental en un plazo de 12 meses después de la terminación del plan.

Tiempo de pago

Las reclamaciones a pagar bajo el plan por cualquier pérdida que no sea una pérdida por la cual el plan establezca que se harán pagos periódicos, se procesarán inmediatamente después de que se reciba la prueba de pérdida por escrito. Delta Dental le avisará a usted y a su proveedor participante si necesitamos cualquier información adicional para procesar la reclamación.

A quién se pagan los beneficios

No es necesario que el servicio lo proporcione un dentista específico. El pago por los servicios que proporcione un proveedor participante se hará directamente al dentista. Cualquier otro pago estipulado mediante el Plan se le realizará a usted, a menos que al presentar una prueba de la reclamación, usted solicite que el pago se realice directamente al dentista que brinda los servicios. Todos los Beneficios que no se pagan al Proveedor se le pagarán a usted o a su heredero, o a un beneficiario alternativo según lo establecido por una orden judicial, excepto cuando la persona sea menor de edad o no sea competente para proporcionar un descargo válido; los Beneficios podrán pagarse a su cónyuge o al tutor o a otro representante designado legalmente.

Acciones legales

No se presentará ninguna acción conforme a derecho o equidad para obtener una compensación bajo el plan antes de transcurridos 60 días luego de que la prueba de pérdida se haya presentado de acuerdo con los requisitos del plan. Tampoco se presentará ninguna acción a menos que sea dentro de los tres (3) años a contar a partir del vencimiento de la fecha en la que la prueba de pérdida se exige por el plan.

ANEXO A**Deducibles, límites máximos y niveles de beneficios del plan****Titular del contrato:** Champion Health Plan**Número de grupo:** 23520**Fecha de entrada en vigencia:** 1.º de enero de 2026

Categoría de servicios dentales	Proveedores participantes de Medicare de Delta Dental	Proveedores de Medicare No Participantes
Deducible anual Por miembro	Ninguno	No cubierto
Límite máximo anual	\$3,000 por miembro cada Año Calendario	No cubierto
<i>Delta Dental pagará o cubrirá los Niveles de Beneficios del Plan de acuerdo con el Límite Máximo Autorizado del Plan para los siguientes servicios:</i>		

Niveles de Beneficios del Plan		
Categoría del servicio dental	Proveedores de Medicare participantes de Delta Dental[†]	Proveedores de Medicare no participantes [†]
Servicios de diagnóstico y prevención	100 %	No cubierto
Servicios básicos	80 %	No cubierto
Servicios mayores	60 %	No cubierto

[†] El reembolso basado en los cargos contratados por los proveedores de Medicare participantes de Delta Dental para todos los proveedores participantes de Medicare.

ANEXO B**Servicios, limitaciones y exclusiones**

Titular del contrato: Champion Health Plan

Número de grupo: 23520

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2026

Descripción de los servicios dentales

Delta Dental pagará o saldará el Nivel de beneficios del Plan que se muestra en el Anexo A por los siguientes servicios:

- **Servicios de Diagnóstico y Prevención**

- (1) Diagnóstico: procedimientos para ayudar al Proveedor a determinar el tratamiento dental requerido, los exámenes orales, las radiografías de aleta de mordida, las series intraorales y placa panorámica.
- (2) Preventivo: limpieza (incluidos limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca, que se considera un Beneficio de diagnóstico y prevención, y mantenimiento periodontal, que se considera un beneficio Básico para fines de pago), aplicación tópica de flúor.
- (3) Consultas con especialistas: opiniones o consejos solicitados por un dentista general.

- **Servicios básicos**

- (1) Cirugía oral: extracciones y otros procedimientos quirúrgicos (incluidos el cuidado preoperatorio y postoperatorio).
- (2) Anestesia general o sedación por vía intravenosa (IV, por sus siglas en inglés): cuando la administra un Proveedor para la Cirugía Oral cubierta o para procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.
- (3) Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
- (4) Periodoncia: tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes.
- (5) Paliativos: tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
- (6) Restauraciones: las amalgamas y las restauraciones compuestas de resina (empastes) y las coronas prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dura de los dientes ocasionada por las caries).
- (7) Arreglos de dentaduras postizas: arreglo de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos los procedimientos de rebasado y recubrimiento.

- **Servicios mayores**

- | | | |
|-----|--------------------------------|--|
| (1) | Coronas e incrustaciones onlay | tratamiento de lesiones cariosas (decaimiento visible de la estructura dura de los dientes) cuando no sea posible restaurar los dientes con una amalgama o resina compuesta. |
| (2) | Prostodoncia: | procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y el arreglo de puentes fijos. |

Limitaciones

- (1) Los servicios que son más costosos que la forma de tratamiento proporcionada habitualmente conforme a las normas aceptadas de la práctica dental se conocen como “Servicios Opcionales”. Los Servicios Opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de los procedimientos estándar.

Ejemplos de Servicios Opcionales:

- a) una corona donde un empaste restauraría el diente;
- b) una incrustación onlay en lugar de una restauración de amalgama;
- c) porcelana, resina o materiales similares para coronas colocadas en un segundo o tercer molar maxilar, o en cualquier muela mandibular (se permitirá el uso de una corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble); o
- d) una sobredentadura en lugar de una dentadura postiza.

Si un Afiliado recibe Servicios Opcionales, se autorizará un Beneficio Alternativo, lo que significa que el Plan pagará los Beneficios en el costo inferior del servicio habitual o la práctica estándar en lugar de pagarlo en el costo más elevado del Servicio Opcional. El Afiliado tendrá la responsabilidad de cubrir la diferencia entre el costo más alto del Servicio Opcional y el costo inferior del servicio alternativo o del procedimiento estándar.

- (2) Limitaciones para exámenes y limpiezas:
- a) Delta Dental pagará los exámenes orales no más de dos veces por Año Calendario.
 - b) Delta Dental pagará una (1) evaluación completa de la boca o evaluación periodontal completa por proveedor o ubicación cada tres (3) Años Calendario.
 - c) Delta Dental pagará las profilaxis (limpiezas de rutina), limpiezas de mantenimiento periodontal, limpieza de sarro con presencia de inflamación o cualquier combinación de estas, dos veces en un Año Calendario.
 - d) Un desbridamiento bucal completo se permite una vez cada dos (2) Años Calendario.
 - e) Las limpiezas de mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como Beneficios básicos y la profilaxis (limpiezas de rutina) están cubiertas como Beneficios de diagnóstico y prevención.
- (3) Limitaciones sobre radiografías:
- a) Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo Presentado por el dentista para una serie completa de radiografías cuando los cargos para cualquier combinación de imágenes intraorales en una serie única de tratamiento alcancen o excedan el Cargo Presentado para una serie intraoral completa.

- b) Los Beneficios se limitan a una (1) serie intraoral completa o una (1) radiografía panorámica una vez cada dos (2) años calendario.
 - c) Si se toma una radiografía panorámica junto con una serie intraoral completa, Delta Dental limitará el reembolso al Cargo Presentado por el dentista para la serie intraoral completa y el afiliado será responsable del cargo por la radiografía panorámica. Las radiografías panorámicas no se consideran parte de una serie intraoral completa.
 - d) Un Afiliado puede tener dos (2) imágenes periapicales y un (1) conjunto de radiografías de aleta de mordida en un año calendario. Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo están denegadas en los seis (6) meses siguientes a la fecha en la que se haya hecho una serie de radiografías de toda la boca, a menos que lo exijan circunstancias especiales.
 - e) Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo están incluidas en el cargo de una serie completa cuando se toman dentro de los seis (6) meses siguientes a las radiografías completas.
- (4) La aplicación tópica de soluciones de flúor se limita a dos veces por Año Calendario.
 - (5) Las pruebas de vitalidad de la pulpa están permitidas una vez cada dos (2) años calendario cuando no se proporcione un tratamiento definitivo.
 - (6) Las Consultas con Especialistas se limitan a una vez de por vida por Proveedor. Las revisiones de pacientes y evaluaciones de pacientes se limitan a una vez por Año Calendario.
 - (7) Ni Delta Dental ni el Afiliado son responsables del reemplazo de una amalgama o restauraciones de resina compuesta (empastes) o coronas prefabricadas dentro de los dos (2) años calendario posteriores al tratamiento si el servicio lo proporciona el mismo proveedor o consultorio del proveedor.
 - (8) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente de por vida cuando el tratamiento definitivo no se realice en la misma fecha del servicio.
 - (9) El tratamiento de conducto se limita a una vez de por vida por diente. El tratamiento posterior del tratamiento de conducto realizado por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores en un plazo de dos (2) Años Calendario se considera parte del procedimiento original.
 - (10) El tratamiento de conducto o los tratamientos posteriores se limitan a no más de dos (2) en un año calendario.
 - (11) El tratamiento posterior de cirugía apical por el mismo Proveedor/consultorio de Proveedores en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.
 - (12) El tratamiento paliativo se cubre por consulta, no por diente, y el cargo incluye todo el tratamiento proporcionado, excepto las radiografías o procedimientos de Diagnóstico selectos que se requieran.
 - (13) Limitaciones periodontales:

- a) Los beneficios para la limpieza de sarro periodontal y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada dos (2) años calendario.
 - b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez por cada periodo de tres (3) años calendario e incluye cualquier reingreso quirúrgico o limpieza de sarro y alisado radicular.
 - c) Los servicios periodontales, incluidos los injertos de reemplazo óseo, la regeneración tisular guiada, los procedimientos de injertos y los materiales biológicos de apoyo en la regeneración del tejido blando y óseo solo se cubren para el tratamiento de los dientes naturales y no cuando se proporcionan en conjunción con extracciones, cirugías perirradiculares, aumentos de cresta o implantes. Las regeneraciones tisulares guiadas o los injertos de hueso no constituyen un beneficio conjuntamente con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.
 - d) La cirugía periodontal está sujeta a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante.
 - e) Las limpiezas (profilaxis y mantenimiento periodontal) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular si los proporciona el mismo consultorio de Proveedores.
- (14) Los servicios de cirugía oral cubiertos en virtud del plan dental se cubren por diente/cuadrante/arco dentario una sola vez en la vida. La excepción a esto es la extracción de quistes y lesiones, y los procedimientos de incisión y drenaje, se cubren una vez en el mismo día.
- (15) Las extracciones se limitan a no más de tres (3) en un Año Calendario.
- (16) La anestesia general y sedación intravenosa moderada (en estado consciente) es un Beneficio únicamente cuando lo proporciona un dentista en conjunto con cirugía oral o procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodontales o cuando sea necesario, debido a un estado clínico concurrente. Los beneficios se limitan a un tipo de anestesia por día.
- (17) La anestesia local y la anestesia regional o por bloqueo de división del trigémino no son procedimientos que puedan pagarse por separado
- (18) Las coronas y las incrustaciones onlay se cubren una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario, excepto cuando Delta Dental determine que la corona o incrustación onlay existente no es satisfactoria ni se puede arreglar para que lo sea porque el diente afectado ha experimentado grandes pérdidas o cambios en la estructura dental o los tejidos de soporte.
- (19) Las coronas y las incrustaciones onlay se limitan a no más de dos (2) en un año calendario.
- (20) La reconstrucción del muñón, incluidas espigas, se cubre una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario.
- (21) Los servicios perno-muñón se cubren una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario.

- (22) Los arreglos de coronas se cubren una vez por diente cada dos (2) años calendario y no se cubren dentro de los dos (2) años calendario de la colocación inicial.
- (23) Los arreglos de dentaduras postizas están cubiertos una vez por arco dentario cada año calendario y no están cubiertos dentro de los seis (6) meses posteriores a la colocación inicial.
- (24) Los aparatos de prostodoncia proporcionados por cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán únicamente después de que hayan pasado cinco (5) años calendario, excepto cuando Delta Dental determine que existe una pérdida importante de los dientes restantes o un cambio en el tejido de apoyo tal que el puente fijo o la dentadura postiza existente no pueda arreglarse de manera satisfactoria. El reemplazo de un aparato de prostodoncia o de las prótesis sostenidas por un implante que no se haya proporcionado en virtud del programa de Delta Dental se llevará a cabo si Delta Dental determina que el aparato no sirve para el fin necesario y no se puede arreglar.
- (25) Cuando se coloquen un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial extraíble en el mismo arco dentario y en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será un Beneficio.
- (26) La recementación de coronas o puentes se incluye en el cargo por la corona o el puente cuando la realice el mismo proveedor o consultorio de proveedores en los seis (6) meses siguientes a la colocación inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación por diente cada dos (2) Años Calendario.
- (27) Delta Dental limita el pago de dentaduras postizas a una dentadura postiza parcial o completa estándar (se aplican los Coseguros del Afiliado). Una dentadura postiza estándar hace referencia a un aparato extraíble para reemplazar los dientes permanentes y naturales faltantes, que se fabrica con materiales aceptables mediante métodos convencionales. El pago incluye atención de rutina después de la colocación, incluido cualquier ajuste y recubrimiento por los primeros seis (6) meses después de la colocación.
 - a) El rebasado de dentadura postiza se limita a uno (1) por arco dentario en un periodo de 2 años calendario e incluye cualquier recubrimiento y ajuste durante seis (6) meses después de la colocación.
 - b) Las dentaduras postizas, las dentaduras postizas parciales extraíbles y los recubrimientos incluyen ajustes durante los seis (6) meses siguientes a la inserción. Después de los seis (6) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a dos (2) por arco dentario en un año calendario.
 - c) Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales extraíbles inmediatas incluyen recubrimiento y ajustes durante los tres (3) meses posteriores a la instalación. Después de los (3) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a dos (2) por arco dentario en un año calendario.

- d) El acondicionamiento del tejido se limita a uno (1) por arco dentario por Año Calendario. Sin embargo, el acondicionamiento del tejido no se permite como un Beneficio por separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de dentadura postiza, recubrimiento o rebasado.
- e) La recementación de dentaduras postizas parciales fijas se limita a una cada dos (2) años calendario.

Exclusiones**Delta Dental no paga Beneficios por lo siguiente:**

- (1) Servicios no incluidos en los Códigos y Descripciones de Procedimientos Dentales.
- (2) Tratamientos de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes sobre accidentes de trabajo o responsabilidad patronal; servicios recibidos sin costo por parte de cualquier organismo federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por la ley.
- (3) Cirugía cosmética o procedimientos por razones meramente estéticas.
- (4) Prótesis maxilofaciales.
- (5) Restauraciones provisionales o temporales. Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos que se paguen por separado y se incluyen en el cargo del servicio completo.
- (6) Servicios para malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), que incluyen, entre otras, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (falta de dientes de forma congénita).
- (7) Tratamientos para estabilizar los dientes, tratamientos para restaurar la estructura dental perdida por desgaste, erosión o abrasión o tratamientos para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes desalineados u ocluidos. Algunos ejemplos incluyen, pero no se limitan a: equilibrio, ferulización periodontal, ajuste oclusal completo, férulas de descarga o protectores oclusales.
- (8) Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en la que el afiliado se volvió elegible para recibir servicios bajo este plan.
- (9) Medicamentos recetados, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos, o procedimientos experimentales o de investigación.
- (10) Injerto bucal adicional, (el uso de injertos autógenos tomados de otras partes del cuerpo no bucales del Afiliado). Este texto no pretende excluir los injertos no autógenos obtenidos de bancos de tejido u otros fabricantes.
- (11) Implantes provisionales e implantes endoóseos de endodoncia.

- (12) Incrustaciones inlay u onlay a base de resina fabricadas indirectamente.
- (13) Cargos realizados por cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier cargo adicional que cobre el Proveedor por un tratamiento realizado en alguno de dichos centros.
- (14) Tratamientos realizados por alguien que no sea un proveedor o una persona que por ley pueda trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.
- (15) Los cargos incurridos por instrucción sobre higiene bucal, los programas de control de la placa, los programas de control preventivo, incluidos los tiempos de atención domiciliaria, la instrucción alimenticia, la duplicación de radiografías, las pruebas de detección de cáncer o la orientación sobre el tabaco.
- (16) Servicios administrativos de la práctica dental que incluyen, entre otros, la elaboración de las reclamaciones, cualquier fase de la odontología que no sea parte de un tratamiento, como la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización del equipo o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante el transcurso habitual de un tratamiento, como hisopos, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación como la música.
- (17) Procedimientos que tengan un pronóstico dudoso basado en la revisión profesional que haga un consultor dental de la documentación presentada.
- (18) Cualquier impuesto gravado (o incurrido) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier cargo que se haga por los beneficios proporcionados bajo el contrato no es un beneficio cubierto. Cualquier impuesto será responsabilidad del afiliado.
- (19) Deducibles, cantidades que superen los límites máximos del plan o cualquier servicio que no esté cubierto bajo el plan dental.
- (20) Servicios cubiertos bajo el plan dental, que excedan las limitaciones de beneficios o no cumplan las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación.
- (21) Servicios para el tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes y mandíbula).
- (22) Servicios para cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ, por sus siglas en inglés) o los músculos, nervios y otros tejidos asociados.
- (23) Servicios o materiales para selladores, separadores, servicios para ayudar a la exposición o erupción de un diente no erupcionado o traumatizado, uso de dispositivos de anclaje temporales y fibrotomía transeptal o fibrotomía supracrestal.
- (24) Citas perdidas o canceladas.

- (25) Servicios o materiales para el óxido de nitrógeno.
- (26) Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- (27) Orientación para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucal, conductual y sistemática asociados al uso de sustancias de alto riesgo.
- (28) Los aparatos y accesorios dentales soportados por implante, la colocación de implantes, el mantenimiento, la extracción y cualquier otro servicio relacionado con un implante dental.
- (29) Acciones tomadas para programar y garantizar el cumplimiento de las citas de los pacientes están incluidas en las operaciones del consultorio y no son un servicio que se paga por separado.
- (30) Los cargos por la coordinación de la atención se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no son un servicio que se paga por separado.
- (31) Gestión de casos dentales, entrevistas motivacionales y educación del paciente para mejorar la alfabetización en salud oral.
- (32) Procedimientos diagnósticos no ionizantes capaces de cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, dentina y cemento.
- (33) Extraoral, radiografía de proyección en 2D y radiografía dental posterior extrabucal.
- (34) Prueba de diabetes.
- (35) Corticotomías (procedimiento de cirugía bucal especializado asociado a la ortodoncia).
- (36) Los cargos de los servicios de teleodontología se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.

ANEXO C

CÓDIGOS Y DESCRIPCIONES DE PROCEDIMIENTOS DENTALES

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	PROVEEDORES DE LA PPO DE MEDICARE QUE SON DE LA RED	PROVEEDORES DE LA PPO QUE NO SON DE MEDICARE NI DE LA RED
D0120	Evaluación periódica de la boca	De diagnóstico	100 %	No cubierto
D0140	Evaluación limitada de la boca	De diagnóstico	100 %	No cubierto
D0150	Evaluación completa de la boca	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0170	Reevaluación, limitada, enfocada en el problema	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0171	Reevaluación, visita al consultorio posoperatoria	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0180	Evaluación periodontal completa	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0190	Revisión de un paciente	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0191	Evaluación de un paciente	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0210	Intraoral: serie completa de radiografías	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0220	Primera radiografía periapical intraoral	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0230	Cada radiografía periapical intraoral adicional	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0270	Radiografía de aleta de mordida, una sola radiografía	Diagnóstico	100 %	No cubierto

D0272	Radiografías de aleta de mordida, dos radiografías	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0273	Radiografías de aleta de mordida, tres radiografías	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0274	Radiografías de aleta de mordida, cuatro radiografías	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0277	Radiografías de aleta de mordida verticales: de siete a ocho radiografías	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0330	Radiografía panorámica	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D396	Impresión 3D de una exploración de la superficie dental en 3D para obtener un modelo físico	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0419	Análisis de muestra de saliva	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0461	Prueba para detectar un diente roto	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0600	Procedimientos diagnósticos no ionizantes capaces de cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo bajo	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo moderado	Diagnóstico	100 %	No cubierto
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo alto	Diagnóstico	100 %	No cubierto

D0701	Radiografía panorámica: solo imágenes	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0702	Radiografía cefalométrica 2D, solo imágenes	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0703	Imagen fotográfica 2D oral o facial obtenida por vía intraoral o extraoral, solo imágenes	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0705	Radiografía dental posterior extraoral, solo captura de imagen	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0706	Radiografía intraoral oclusal, solo captura de imagen	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0707	Radiografía intraoral periapical, solo captura de imagen	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0708	Radiografía intraoral de aleta de mordida, solo captura de imagen	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0709	Serie completa de radiografías intraorales, solo imágenes	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0801	Exploración de la superficie intraoral en 3D: directa	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D0802	Exploración de la superficie dental en 3D: indirecta	Diagnóstico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D1110	Profilaxis, adulto	Preventivo	100 %	No cubierto
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Preventivo	100 %	No cubierto
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye el barniz	Preventivo	100 %	No cubierto

D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales	Preventivo	100 %	No cubierto
D1330	Instrucciones sobre la higiene oral	Preventivo	100 %	No cubierto
D2140	Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes	Básico	80 %	No cubierto
D2150	Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes	Básico	80 %	No cubierto
D2160	Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes	Básico	80 %	No cubierto
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	Básico	80 %	No cubierto
D2330	Resina compuesta, una superficie, dientes anteriores	Básico	80 %	No cubierto
D2331	Resina compuesta, dos superficies, dientes anteriores	Básico	80 %	No cubierto
D2332	Resina compuesta, tres superficies, dientes anteriores	Básico	80 %	No cubierto
D2335	Resina compuesta, cuatro o más superficies (dientes anteriores)	Básico	80 %	No cubierto
D2390	Corona de resina compuesta, dientes anteriores	Básico	80 %	No cubierto
D2391	Resina compuesta, una superficie, dientes posteriores	Básico	80 %	No cubierto
D2392	Resina compuesta, dos superficies, dientes posteriores	Básico	80 %	No cubierto

D2393	Resina compuesta, tres superficies, dientes posteriores	Básico	80 %	No cubierto
D2394	Resina compuesta, cuatro o más superficies, dientes posteriores	Básico	80 %	No cubierto
D2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D2642	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D2643	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, tres superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D2644	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, cuatro o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D2710	Corona, resina compuesta (indirecta)	Mayor	60 %	No cubierto
D2712	Corona, 3/4 de resina compuesta (indirecta)	Mayor	60 %	No cubierto
D2720	Corona, resina con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D2721	Corona, resina con metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D2722	Corona, resina con metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D2740	Corona, sustrato de porcelana/cerámica	Mayor	60 %	No cubierto
D2750	Corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto

D2751	Corona, porcelana fundida con metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D2753	Corona de porcelana fundida con titanio o aleación de titanio	Mayor	60 %	No cubierto
D2780	Corona, 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D2781	Corona, 3/4 de molde de metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D2782	Corona, 3/4 de molde de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D2783	Corona, 3/4 de porcelana o cerámica	Mayor	60 %	No cubierto
D2790	Corona, molde completo con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D2791	Corona, molde completo de metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D2792	Corona, molde completo de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D2794	Corona, titanio y aleación de titanio	Mayor	60 %	No cubierto
D2915	Recementación de molde o perno-muñón prefabricado	Básico	80 %	No cubierto
D2920	Recementación de corona	Básico	80 %	No cubierto
D2928	Corona prefabricada de porcelana o cerámica: diente permanente	Básico	80 %	No cubierto
D2940	Restauración protectora	Básico	80 %	No cubierto

D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas las espigas, cuando se requieran	Mayor	60 %	No cubierto
D2951	Retención de la espiga, por diente, además de la restauración	Básico	80 %	No cubierto
D2952	Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente	Mayor	60 %	No cubierto
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	Mayor	60 %	No cubierto
D2954	Perno-muñón prefabricado, además de una corona	Mayor	60 %	No cubierto
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural	Mayor	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D2976	Estabilización de banda, por diente	Básico	80 %	No cubierto
D2980	Arreglo de corona necesario por falla del material restaurador	Mayor	60 %	No cubierto
D2982	Arreglo de incrustación onlay necesario por falla del material restaurador	Mayor	60 %	No cubierto
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D3110	Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final)	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D3120	Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final)	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto

D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	Básico	80 %	No cubierto
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	Básico	80 %	No cubierto
D3310	Endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	Básico	80 %	No cubierto
D3320	Endodoncia, dientes bicúspides (no incluye la restauración final)	Básico	80 %	No cubierto
D3330	Endodoncia, muelas (no incluye la restauración final)	Básico	80 %	No cubierto
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D3346	Tratamiento posterior a un tratamiento del conducto previo, dientes anteriores	Básico	80 %	No cubierto
D3347	Tratamiento posterior de endodoncia previa, dientes bicúspides	Básico	80 %	No cubierto
D3348	Tratamiento posterior a un tratamiento del conducto previo, molares	Básico	80 %	No cubierto
D3410	Apicectomía, dientes anteriores	Básico	80 %	No cubierto
D3421	Apicectomía, premolares (primera raíz)	Básico	80 %	No cubierto
D3425	Apicectomía, molares (primera raíz)	Básico	80 %	No cubierto
D3426	Apicectomía, (cada raíz adicional)	Básico	80 %	No cubierto

D3430	Empaste retrógrado, por raíz	Básico	80 %	No cubierto
D3450	Amputación de la raíz, por raíz	Básico	80 %	No cubierto
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D3911	Barrera intraorificio	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D4240	Procedimiento de colgajo gingival; incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4241	Procedimiento de colgajo gingival; incluye alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	Básico	80 %	No cubierto

D4260	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo), cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4261	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo), de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4266	Regeneración tisular guiada: barrera reabsorbible, por sitio	Básico	80 %	No cubierto
D4286	Extracción de barrera no reabsorbible	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: de toda la boca, después de la evaluación de la boca	Preventivo	100 %	No cubierto
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en la consulta posterior	Básico	80 %	No cubierto
D4910	Mantenimiento periodontal	Básico	80 %	No cubierto

D4920	Cambio de apósito no programado (por alguien distinto al dentista consultado o su personal)	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D4921	Irrigación gingival, por cuadrante	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	Mayor	60 %	No cubierto
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	Mayor	60 %	No cubierto
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	Mayor	60 %	No cubierto
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	Mayor	60 %	No cubierto
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	Mayor	60 %	No cubierto
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	Mayor	60 %	No cubierto
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención o ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención o ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto

D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto
D5223	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar: molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto
D5227	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar, base flexible (incluye cualquier gancho, soporte y dientes)	Mayor	60 %	No cubierto

D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye cualquier gancho, soporte y diente)	Mayor	60 %	No cubierto
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	Mayor	60 %	No cubierto
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	Mayor	60 %	No cubierto
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	Mayor	60 %	No cubierto
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	Mayor	60 %	No cubierto
D5511	Arreglo de base de la dentadura postiza completa fracturada, mandibular	Básico	80 %	No cubierto
D5512	Arreglo de base de la dentadura postiza completa fracturada, maxilar	Básico	80 %	No cubierto
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos: dentadura postiza completa (cada diente)	Básico	80 %	No cubierto
D5611	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, mandibular	Básico	80 %	No cubierto
D5612	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar	Básico	80 %	No cubierto
D5621	Arreglo del molde para estructura parcial, mandibular	Básico	80 %	No cubierto
D5622	Arreglo del molde para estructura parcial, maxilar	Básico	80 %	No cubierto
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho roto: por diente	Básico	80 %	No cubierto
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	Básico	80 %	No cubierto

D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente	Básico	80 %	No cubierto
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, por diente	Básico	80 %	No cubierto
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	Básico	80 %	No cubierto
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	Básico	80 %	No cubierto
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	Básico	80 %	No cubierto
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	Básico	80 %	No cubierto
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (directo)	Básico	80 %	No cubierto
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	Básico	80 %	No cubierto
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (directo)	Básico	80 %	No cubierto
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (directo)	Básico	80 %	No cubierto
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	Básico	80 %	No cubierto
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	Básico	80 %	No cubierto
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto)	Básico	80 %	No cubierto
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto)	Básico	80 %	No cubierto

D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecto	Básico	80 %	No cubierto
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	Mayor	60 %	No cubierto
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	Mayor	60 %	No cubierto
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	Mayor	60 %	No cubierto
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	Mayor	60 %	No cubierto
D5863	Sobredentadura, completa maxilar, sobre dientes naturales	Mayor	60 %	No cubierto
D5864	Sobredentadura, parcial maxilar, sobre dientes naturales	Mayor	60 %	No cubierto
D5865	Sobredentadura, completa mandibular, sobre dientes naturales	Mayor	60 %	No cubierto
D5866	Sobredentadura, parcial mandibular, sobre dientes naturales	Mayor	60 %	No cubierto
D6210	Póntico, molde con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6211	Póntico, molde de metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D6212	Póntico, molde de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto

D6240	Póntico, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6241	Póntico, porcelana fundida con metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D6242	Póntico, porcelana fundida con metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6243	Póntico: porcelana fundida con titanio o aleaciones de titanio	Mayor	60 %	No cubierto
D6245	Póntico, porcelana o cerámica	Mayor	60 %	No cubierto
D6250	Póntico, resina con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6251	Póntico, resina con metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D6252	Póntico, resina con metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6602	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6603	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6604	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6605	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6606	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto

D6607	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6608	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6609	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, tres o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6610	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6611	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6612	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6613	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6614	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, dos superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6615	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies	Mayor	60 %	No cubierto
D6720	Corona de retención, resina con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6721	Corona de retención: resina con metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto

D6722	Corona de retención: resina con metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6740	Corona de retención: porcelana o cerámica	Mayor	60 %	No cubierto
D6750	Corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6751	Corona de retención: porcelana fundida con metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D6752	Corona de retención: porcelana fundida con metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6753	Corona de retención, porcelana fundida con titanio o aleación de titanio	Mayor	60 %	No cubierto
D6780	Corona de retención: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6781	Corona de retención: 3/4 de molde de metal base predominantemente	Mayor	60 %	No cubierto
D6782	Corona de retención: 3/4 de molde de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6783	Corona de retención, 3/4 de porcelana o cerámica	Mayor	60 %	No cubierto
D6784	Corona de retención 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	Mayor	60 %	No cubierto
D6790	Corona de retención: molde completo con alto contenido de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto
D6791	Corona de retención: molde completo de metal base principalmente	Mayor	60 %	No cubierto
D6792	Corona de retención: molde completo de metal noble	Mayor	60 %	No cubierto

D6930	Recementación de dentadura postiza parcial fija	Mayor	60 %	No cubierto
D6940	Dispositivo dental para el estrés	Mayor	60 %	No cubierto
D6980	Arreglo de dentadura postiza parcial fija necesario por falla del material restaurador	Mayor	60 %	No cubierto
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Básico	80 %	No cubierto
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado	Básico	80 %	No cubierto
D7220	Extracción de un diente traumatizado, tejido blando	Básico	80 %	No cubierto
D7230	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo parcial	Básico	80 %	No cubierto
D7240	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total	Básico	80 %	No cubierto
D7241	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Básico	80 %	No cubierto
D7250	Extracción de la raíz residual del diente (procedimiento de corte)	Básico	80 %	No cubierto
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional de un diente	Básico	80 %	No cubierto

D7259	Diseccción de nervios	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D7270	Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente	Básico	80 %	No cubierto
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	Ortodoncia	80 %	No cubierto
D7282	Movilización de un diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la dentición	Básico	80 %	No cubierto
D7284	Biopsia por extirpación de las glándulas salivales menores	Básico	80 %	No cubierto
D7286	Biopsia de tejido oral, blando	Básico	80 %	No cubierto
D7288	Biopsia con cepillo: recolección de muestra transepitelial	Básico	80 %	No cubierto
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	80 %	No cubierto

D7340	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (epitelización secundaria)	Básico	80 %	No cubierto
D7350	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (incluye injerto de tejido blando, reacomplamiento de músculo, revisión de la extensión del tejido blando y manejo de tejido hiperplásico e hipertrofiado)	Básico	80 %	No cubierto
D7450	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Básico	80 %	No cubierto
D7451	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	Básico	80 %	No cubierto
D7471	Extracción de exostosis lateral (hueso maxilar o mandíbula)	Básico	80 %	No cubierto
D7472	Extracción del rodete palatino	Básico	80 %	No cubierto
D7473	Extracción del rodete mandibular	Básico	80 %	No cubierto
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	Básico	80 %	No cubierto
D7922	Colocación de vendaje biológico encajado para ayudar en la hemostasis o la estabilización del coágulo, por sitio	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco dentario	Básico	80 %	No cubierto
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria	Básico	80 %	No cubierto

D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor de dientes, procedimiento menor	Básico	80 %	No cubierto
D9211	Anestesia regional	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9212	Anestesia para bloquear el nervio trigémino	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9219	Evaluación para sedación profunda o anestesia general	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general, cada incremento de 15 minutos subsecuente o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto
D9224	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto

D9225	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, cada incremento siguiente de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto
D9230	Administración de óxido nitroso	Básico	80 %	No cubierto
D9239	Administración de sedación moderada, intravenosa, primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto
D9243	Administración de sedación moderada, intravenosa, cada incremento de 15 minutos subsecuente o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto
D9244	Administración en el consultorio de sedación mínima, único medicamento, por vía enteral	Básico	80 %	No cubierto
D9245	Administración de sedación moderada, por vía enteral	Básico	80 %	No cubierto
D9246	Administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto
D9247	Administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, cada incremento de 15 minutos subsecuente o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	80 %	No cubierto
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico diferente del dentista o médico solicitante	Diagnóstico y preventivo	100 %	No cubierto

D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9430	Visita al consultorio para observación (en el horario de atención habitual), sin que se proporcionen otros servicios	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9440	Visita al consultorio, después del horario de atención habitual	Diagnóstico y preventivo	100 %	No cubierto
D9450	Presentación del caso, planificación extensa y detallada del tratamiento	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9910	Aplicación de medicamento para quitar la sensibilidad	Servicios generales	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9912	Revisión del paciente previa a la consulta	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9930	Tratamiento de complicaciones (posteriores a la cirugía) - circunstancias inusuales, por informe	Servicios generales	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	Diagnóstico y preventivo	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9951	Ajuste oclusal, limitado	TMJ	60 %	No cubierto
D9952	Ajuste oclusal, completo	TMJ	80 %	No cubierto

D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco dentario; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas	Básico	80 %	No cubierto
D9990	Traducción certificada o servicios de lenguaje de señas: por visita	Básico	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9991	Gestión de casos dentales: obstáculos en el cumplimiento de las citas	Servicios generales	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9992	Gestión de casos dentales: coordinación de la atención	Servicios generales	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9995	Teleodontología, síncrona: servicios en tiempo real	Servicios generales	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9996	Teleodontología, asincrónica; se almacenó y se envió la información al dentista para su revisión posterior	Servicios generales	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto
D9997	Manejo de caso dental: pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud	Servicios generales	No pagadero/sin responsabilidad del miembro por Plan	No cubierto