

Resumen de beneficios dentales

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	COSTO DEL PACIENTE	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	COSTO DEL PACIENTE
Copago por visita al consultorio		\$0			
DIAGNÓSTICO					
D0120-D0180	Evaluaciones orales	Sin cargo	D0277	Radiografías verticales de mordida - 7 a 8	Sin cargo
D0210	Serie de radiografías bucal completa	Sin cargo	D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo
D0220-D0230	Periapicales	Sin cargo	D0460	Prueba de vitalidad pulpar	Sin cargo
D0240	Radiografía intraoral, oclusal	Sin cargo	D0470	Modelos diagnósticos	Sin cargo
D0250-D0260	Radiografías extraorales	Sin cargo	D0472-D0474	Muestra de tejido	Sin cargo
D0270-D0274	Radiografías de mordida	Sin cargo			
PREVENTIVO					
D1110	Profilaxis - adulto	Sin cargo	D1510	Mantenedor de espacio - fijo unilateral	\$65
D1120	Profilaxis - niño(a)	Sin cargo	D1515	Mantenedor de espacio - fijo bilateral	\$65
D1203	Fluoruro - niño(a)	Sin cargo	D1520	Mantenedor de espacio - removible unilateral	\$80
D1204	Fluoruro - adulto	Sin cargo	D1525	Mantenedor de espacio - removible bilateral	\$80
D1206	Aplicación de esmalte tópico de fluoruro	Sin cargo	D1550	Recementado de mantenedor de espacio	\$15
D1330	Instrucción sobre higiene bucal	Sin cargo	D1555	Extracción de mantenedor de espacio	\$15
D1351	Sellador - por diente	\$10			
Los servicios diagnósticos y preventivos pueden estar sujetos a limitaciones de edad y frecuencia. Vea los detalles en su folleto.					
RESTAURATIVO					
DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES					
D2140	Amalgama - 1 superficie (primario o permanente)	Sin cargo	D2390	Corona compuesta de resina, anterior	\$60
D2150	Amalgama - 2 superficies (primario o	Sin cargo	D2391	Compuesto a base de resina - 1 superficie,	Sin cargo
D2160	Amalgama - 3 superficies (primario o	Sin cargo	D2392	Compuesto a base de resina - 2 superficies,	Sin cargo
D2161	Amalgama - 4 o más superficies (primario o	Sin cargo	D2393	Compuesto a base de resina - 3 superficies,	Sin cargo
D2330	Resina - 1 superficie, anterior	Sin cargo	D2394	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies,	Sin cargo
D2331	Resina - 2 superficies, anterior	Sin cargo	D2940	Capa sedante	\$8
D2332	Resina - 3 superficies, anterior	Sin cargo	D2951	Perno de retención - además de la restauración	\$6
D2335	Resina - 4 o más superficies, anterior (o	Sin cargo			
Los cargos por corona/puente son por unidad. Habrá un cargo adicional por el costo real de oro/metales altamente nobles.					
Los cargos por compuestos a base de resina posteriores equivalen a la tarifa de amalgama. Puede haber un cargo adicional por el costo real de los compuestos a base de resina.					
CORONAS/PUENTES					
D2510	Incrustación - metálica, 1 superficie	\$220	D6074	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (noble)	\$260
D2520	Incrustación - metálica, 2 superficies	\$220	D6075	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	\$260
D2530	Incrustación - metálica, 3 superficies	\$220	D6076	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$260
D2542	Sobrepuesto - metálico, 2 superficies	\$220	D6077	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija colada en metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$260
D2543	Sobrepuesto - metálico, 3 superficies	\$220	D6078	Dentadura postiza fija apoyada en implante/estribo para arco totalmente desdentado	\$300
D2544	Sobrepuesto - metálico, 4 o más superficies	\$220	D6079	Dentadura postiza fija apoyada en implante/estribo para arco parcialmente desdentado	\$400
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica - 1 superficie	\$220	D6094	Corona apoyada en estribo - titanio	\$260

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

Resumen de beneficios dentales

D2620	Incrustación, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$220	D6194	Retenedor corona apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija	\$260
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica - 3 o más superficies	\$220	D6205	Póntico - compuesto a base de resina, indirecto	\$260
D2642	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$220	D6210	Póntico - colado en metal altamente noble	\$260
D2643	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 3 superficies	\$220	D6211	Póntico - colado en metal predominantemente bajo	\$260
D2644	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 4 o más superficies	\$220	D6212	Póntico - colado en metal noble	\$260
D2650	Incrustación, compuesto/resina - 1 superficie (preparada en el laboratorio)	\$220	D6214	Póntico - titanio	\$260
D2651	Incrustación, compuesto/resina - 2 superficies (preparada en el laboratorio)	\$220	D6240	Póntico - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$260
D2652	Incrustación, compuesto/resina - 3 superficies (preparada en el laboratorio)	\$220	D6241	Póntico - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$260
D2662	Sobrepuesto, compuesto/resina - 2 superficies (preparado en el laboratorio)	\$220	D6242	Póntico - porcelana fundida sobre metal noble	\$260
D2663	Sobrepuesto, compuesto/resina - 3 superficies (preparado en el laboratorio)	\$220	D6245	Póntico - porcelana/cerámica	\$260
D2664	Sobrepuesto, compuesto/resina - 4 o más superficies (preparado en el laboratorio)	\$220	D6250	Póntico - resina con metal altamente noble	\$260
D2710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$260	D6251	Póntico - resina con metal predominantemente bajo	\$260
D2712	Corona - 3/4 del compuesto a base de resina, indirecto	\$200	D6252	Póntico - resina con metal noble	\$260
D2720	Corona - resina con metal altamente noble	\$260	D6545	Retenedor - colado en metal para prótesis fija adherida con resina	\$220
D2721	Corona - resina con metal predominantemente bajo	\$260	D6548	Retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina	\$220
D2722	Corona - resina con metal noble	\$260	D6600	Incrustación - porcelana/cerámica, 2 superficies	\$220
D2740	Corona - substrato de porcelana/cerámica	\$260	D6601	Incrustación - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$220
D2750	Corona - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$260	D6602	Incrustación - colada en metal altamente noble, 2 superficies	\$250
D2751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$260	D6603	Incrustación - colada en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$250
D2752	Corona - porcelana fundida sobre metal noble	\$260	D6604	Incrustación - colada en metal predominantemente bajo, 2 superficies	\$220
D2780	Corona - colada con 3/4 de metal altamente noble	\$250	D6605	Incrustación - colada en metal predominantemente bajo, 3 o más superficies	\$220
D2781	Corona - colada con 3/4 de metal predominantemente bajo	\$250	D6606	Incrustación - colada en metal noble, 2 superficies	\$240
D2782	Corona - colada con 3/4 de metal noble	\$250	D6607	Incrustación - colada en metal noble, 3 o más superficies	\$240
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$250	D6608	Sobrepuesto - porcelana/cerámica, 2 superficies	\$220
D2790	Corona - colada en metal sólido altamente noble	\$260	D6609	Sobrepuesto - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$220
D2791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$260	D6610	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 2 superficies	\$250
D2792	Corona - colada en metal sólido noble	\$260	D6611	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$250
D2794	Corona - titanio	\$260	D6612	Sobrepuesto - colado en metal predominantemente bajo, 2 superficies	\$220
D2910	Recementado de incrustación, sobrepuesto o restauración de recubrimiento parcial	\$15	D6613	Sobrepuesto - colado en metal predominantemente bajo, 3 o más superficies	\$220

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

Resumen de beneficios dentales

D2915	Perno y núcleo vaciados, recementados o prefabricados	\$8	D6614	Sobrepuesto - colado en metal noble, 2 superficies	\$240
D2920	Recementado de corona	\$15	D6615	Sobrepuesto - colado en metal noble, 3 o más superficies	\$240
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$45	D6624	Incrustación - titanio	\$250
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	\$60	D6635	Sobrepuesto - titanio	
D2932	Corona prefabricada de resina	alternativo D2933	D6710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$260
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con	alternativo D2934	D6720	Corona - resina con metal altamente noble	\$260
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$45	D6721	Corona - resina con metal predominantemente bajo	\$260
D2950	Construcción de núcleo, incluye todas las clavijas	\$45	D6722	Corona - resina con metal noble	\$260
D2952	Perno y núcleo vaciados, además de la corona	\$80	D6740	Corona - porcelana/cerámica	\$260
D2953	Cada perno vaciado adicional - para el mismo diente	\$80	D6750	Corona - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$260
D2954	Perno y núcleo prefabricados, además de la corona	\$71	D6751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$260
D2957	Cada perno prefabricado vaciado adicional - para el mismo diente	\$71	D6752	Corona - porcelana fundida sobre metal noble	\$260
D2971	Procedimientos adicionales - nueva corona debajo de parcial	\$39	D6780	Corona - colada con 3/4 de metal altamente noble	\$260
D6053	Dentadura postiza removible apoyada en implante/estribo para arco totalmente desdentado	\$320	D6781	Corona - colada con 3/4 de metal predominantemente bajo	\$260
D6054	Dentadura postiza removible apoyada en implante/estribo para arco parcialmente desdentado	\$300	D6782	Corona - colada con 3/4 de metal noble	\$260
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en estribo	\$260	D6783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$260
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$260	D6790	Corona - colada en metal sólido altamente noble	\$260
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$260	D6791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$260
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal noble)	\$260	D6792	Corona - colada en metal sólido noble	\$260
D6062	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$260	D6794	Corona - titanio	\$260
D6063	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$260	D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	\$20
D6064	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal noble)	\$260	D6970	Perno y núcleo vaciados, además del retenedor de dentadura postiza parcial fija	\$80
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	\$260	D6971	Perno vaciado como parte del retenedor de dentadura postiza parcial fija	\$80
D6066	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en implante (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$260	D6972	Perno y núcleo prefabricados, además del retenedor de dentadura postiza parcial fija	\$71
D6067	Corona de metal apoyada en implante (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$260	D6973	Construcción de núcleo para retenedor, incluye todas las clavijas	\$45
D6068	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	\$260	D6976	Cada perno vaciado adicional - para el mismo diente	\$80
D6069	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (altamente noble)	\$260	D6977	Cada perno prefabricado adicional - para el mismo diente	\$71

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

Resumen de beneficios dentales

D6070	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (predominantemente bajo)	\$260	D6985	Dentadura postiza parcial pediátrica, fija	\$95
D6071	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (noble)	\$260			
D6072	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (altamente noble)	\$260	Carga adicional por unidad por rehabilitación de la boca completa		\$125
D6073	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (predominantemente bajo)	\$260	Rehabilitación de la boca completa se define como 6 o más unidades de coronas y/o púnticos cubiertos en un solo tratamiento.		
ENDODONCIA					
D3110	Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final)	Sin cargo	D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable o fracturado	\$70
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto (excluye restauración final)	Sin cargo	D3333	Reparación de defectos de perforación en raíz interna	\$90
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye restauración final)	\$35	D3346	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - anterior	\$220
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$10	D3347	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - bicúspide	\$240
D3222	Pulpotomía parcial	\$32	D3348	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - molar	\$380
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - anterior, diente primario	\$35	D3410	Apicoectomía/cirugía perirradicular - anterior	\$130
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - posterior, diente primario	\$35	D3421	Apicoectomía/cirugía perirradicular - bicúspide (primera raíz)	\$130
D3310	Terapia de conducto de la raíz - anterior (excluye restauración final)	\$120	D3425	Apicoectomía - molar (primera raíz)	\$150
D3320	Terapia de conducto de la raíz - bicúspide (excluye restauración final)	\$140	D3426	Apicoectomía - cada raíz adicional	\$90
D3330	Terapia de conducto de la raíz - molar (excluye restauración final)	\$280	D3430	Restauración a retro - por cada raíz	\$65
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto de la raíz, sin acceso quirúrgico	\$120	D3450	Amputación radicular - por cada raíz	\$80
PERIODONCIA					
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - 4 o más dientes contiguos de espacios de dientes limitados - por cuadrante	\$120	D4270	Procedimiento de injerto pedicular de tejido blando	\$250
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$40	D4271	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye cirugía del lugar donante)	\$265
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 4 o más dientes contiguos de espacios de dientes limitados - por cuadrante	\$140	D4273	Injerto subepitelial de tejido conectivo, por diente	\$150
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$84	D4275	Auto trasplante de tejido blando	\$300
D4245	Colgajo posicionado apicalmente	\$140	D4276	Injerto de tejido conectivo/pedicular, por diente	\$248
D4249	Alargamiento de corona clínica, tejido duro	\$195	D4341	Escamación periodontal y limadura de raíces - 4 o más dientes contiguos de espacios de dientes limitados - por cuadrante	\$60
D4260	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo) - 4 o más dientes contiguos de espacios de dientes limitados - por cuadrante	\$325	D4342	Escamación periodontal y limadura de raíces - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$36

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

Resumen de beneficios dentales

D4261	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo) - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$195	D4910	Mantenimiento periodontal	\$40
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	\$130	D4920	Cambio no programado de apósito (por una persona que no sea el dentista tratante)	\$10
PROSTODONCIA - REMOVIBLE*					
D5110	Dentadura postiza completa - maxilar	\$320	D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible	\$360
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular	\$320	D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible	\$360
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar	\$330	D5281	Dentadura postiza parcial unilateral removible - una pieza de metal fundido (incluye enganches y dientes)	\$300
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular	\$330	D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar	\$10
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$300	D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular	\$10
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$300	D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar	\$10
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - armazón de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$400	D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular	\$10
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - armazón de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$400			
*Incluye recubierta, ajustes, rebases dentro de los primeros 6 meses. Los ajustes a las dentaduras postizas hechos dentro de los seis meses de colocación de la dentadura postiza están limitados a no más de cuatro ajustes.					
REPARACIONES DE APARATOS PROTÉSICOS					
D5510	Reparar base rota de dentadura postiza completa	\$30	D5730	Recubrir dentadura postiza maxilar completa (en la silla dental)	\$50
D5520	Reemplazar dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	\$25	D5731	Recubrir dentadura postiza mandibular completa (en la silla dental)	\$50
D5610	Reparar base de dentadura postiza de resina	\$35	D5740	Recubrir dentadura postiza parcial maxilar (en la silla dental)	\$50
D5620	Reparar armazón fundida	\$35	D5741	Recubrir dentadura postiza parcial mandibular (en la silla dental)	\$50
D5630	Reparar o reemplazar enganche roto	\$35	D5750	Recubrir dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)	\$95
D5640	Reemplazar dientes rotos - por diente	\$35	D5751	Recubrir dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	\$95
D5650	Añadir diente a dentadura postiza parcial existente	\$35	D5760	Recubrir dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	\$95
D5660	Añadir enganche a dentadura postiza parcial existente	\$45	D5761	Recubrir dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	\$95
D5670	Reemplazar todos los dientes y el acrílico en armazón de metal fundido (maxilar)	\$86	D5820	Dentadura postiza parcial interina (maxilar)	\$95
D5671	Reemplazar todos los dientes y el acrílico en armazón de metal fundido (mandibular)	\$86	D5821	Dentadura postiza parcial interina (mandibular)	\$95
D5710	Rebasar dentadura postiza maxilar completa	\$86	D5850	Condicionamiento de tejido, maxilar	\$25
D5711	Rebasar dentadura postiza mandibular completa	\$86	D5851	Condicionamiento de tejido, mandibular	\$25
D5720	Rebasar dentadura postiza parcial maxilar	\$86	D5860	Sobredentadura - completa, por informe	\$300
D5721	Rebasar dentadura postiza parcial mandibular	\$86	D5861	Sobredentadura - parcial, por informe	\$400
CIRUGÍA ORAL					

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

Resumen de beneficios dentales

D7111	Extracción, residuos coronales - diente decidual	Sin cargo	D7285	Biopsia de tejido oral - duro (hueso, diente)	\$80
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	Sin cargo	D7286	Biopsia de tejido oral - blando (otros/as)	\$80
D7210	Remoción quirúrgica de diente erupcionado	\$36	D7287	Toma de muestra para citología	\$40
D7220	Remoción de diente impactado - tejido blando	\$60	D7310	Alveoloplastia con extracciones - por cuadrante	\$35
D7230	Remoción de diente impactado - parcialmente óseo	\$72	D7311	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes	\$18
D7240	Remoción de diente impactado - totalmente óseo	\$110	D7320	Alveoloplastia sin extracciones - por cuadrante	\$60
D7241	Remoción de diente impactado - totalmente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$110	D7321	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes	\$30
D7250	Remoción quirúrgica de restos radiculares	\$35	D7511	Incisión y drenaje - intraoral, complejo	\$33
D7280	Acceso quirúrgico de diente erupcionado	\$60	D7960	Frenulectomía (frenectomía, frenotomía), procedimiento independiente	\$90
D7282	Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para ayudar a la erupción	\$70	D7963	Frenuloplastia	\$95
D7283	Colocación de dispositivo para ayudar a la erupción de diente impactado.	\$14			

OTROS SERVICIOS (AUXILIARES)

D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores	\$10	D9310	Consulta (servicio de diagnóstico prestado por un	Sin cargo
D9220	Sedación profunda/anestesia general - los primeros 30 minutos	\$165	D9940	Protectores oclusales	\$70
D9221	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales	\$70	D9942	Reparación y/o recubierta de protectores oclusales	\$18
D9241	Sedación consciente intravenosa/analgesia - los primeros 30 minutos	\$165	D9951	Ajuste oclusal - limitado	\$10
D9242	Sedación consciente intravenosa/analgesia - cada 15 minutos adicionales	\$70	D9952	Ajuste oclusal - completo	\$60

El "costo del paciente" corresponde a los procedimientos efectuados por el dentista primario del miembro o un dentista especializado aprobado.

ORTODONCIA

	Exámenes de ortodoncia	\$30			
	Registros diagnósticos	\$150			
	Tratamiento completo de ortodoncia				
	Adolescente	\$1,545			
	Adulto	\$1,545			
	Retención de ortodoncia	\$275			

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN

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

- Servicios o suministros que están cubiertos del todo o en parte:
 - según otro aspecto de este Plan de Atención Dental, o
 - en algún otro plan de beneficios de grupo provisto por su empleador o a través de éste.
- Servicios y suministros para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es:
 - una enfermedad no ocupacional, o
 - una lesión no ocupacional.
- Servicios que no están listados en el Programa de Atención Dental correspondiente, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
- Aquellos por reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado, y aquellos por reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, mal uso o negligencia.
- Aquellos por cirugía plástica, cosmética o reconstructiva, u otros servicios o suministros dentales cuya intención principal sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia. Esto se aplica bien sea que los servicios y los suministros tengan o no motivos psicológicos o emocionales. Los recubrimientos en las coronas de molares y en los púnticos se considerarán siempre cosméticos.
- Aquellos por o relacionados con: servicios, procedimientos, medicamentos u otros suministros que Aetna ha determinado como experimentales o que están todavía en investigación clínica por los profesionales de la salud.

Resumen de beneficios dentales

7. Aquellos por: dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios utilizados con el propósito de ferulización, para alterar la dimensión vertical a fin de restaurar la oclusión o corregir desgaste, abrasión o erosión.
8. Aquellos relacionados con alguno de los siguientes servicios: (a) An appliance or modification of one if an impression for it was made before the person became a covered person; (b) A crown, bridge, or cast or processed restoration if a tooth was prepared for it before the person became a covered person; (c) Root canal therapy if the pulp chamber for it was opened before the person became a covered person.
9. Servicios que Aetna ha definido como innecesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la condición involucrada. Esto se aplica aun en el caso de que sean prescritos, recomendados o aprobados por el médico o dentista tratante.
10. Aquellos por servicios destinados al tratamiento de algún problema en la articulación de la mandíbula, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
11. Aquellos por mantenedores de espacio, excepto cuando sea necesario para preservar el espacio resultante de la pérdida prematura de un diente decidual.
12. Aquellos por tratamientos de ortodoncia, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
13. Aquellos por anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos. En los planes que cubren estos servicios, no serán elegibles para beneficios a menos que se presten en conjunto con otro servicio cubierto necesario.
14. Aquellos por tratamientos prestados por alguien que no sea dentista, salvo que la escamación o la limpieza de dientes y la aplicación tópica de fluoruro puedan ser llevados a cabo por un higienista dental con licencia. En este caso, el tratamiento debe efectuarse con la guía y supervisión de un dentista.
15. Aquellos en relación con un servicio prestado a un dependiente de 5 años de edad o más si ese dependiente quedó cubierto en casos distintos de los siguientes: (a) durante los primeros 31 días en que el dependiente tiene derecho a esta cobertura, o (b) según lo prescrito por cualquier período de inscripción abierta acordado entre el empleador y Aetna. Esto no se aplica a los cargos incurridos: (i) después de finalizado el período de doce meses a partir de la fecha en que el dependiente quedó cubierto, o (ii) como resultado de lesiones accidentales sufridas mientras el dependiente estaba cubierto, o (iii) por un servicio de cuidado primario incluido en el Programa de atención dental que aparezca bajo los títulos Visitas y Exámenes, y Radiografías y Patología.
16. Servicios prestados por un proveedor dental no participante hasta el punto de que los cargos excedan el monto a pagar por los servicios que aparecen en el Programa de Atención Dental correspondiente.
17. Aquellos por una corona, restauración fundida o procesada a menos que: (a) el tratamiento se deba a caries dentales o lesión traumática, y los dientes no se puedan restaurar con material de relleno, o (b) el diente sirva como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.
18. Aquellos por pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales nobles a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
19. Aquellos por la remoción quirúrgica de muelas del juicio impactadas sólo por motivos de ortodoncia a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
20. Aquellos por servicios que se requieren solamente en relación con servicios no cubiertos.
21. Aquellos por servicios prestados cuando no hay evidencia de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos.
Información adicional importante
Este resumen de beneficios de Aetna DMO (Dental Maintenance Organization) proporciona información sobre los beneficios provistos cuando los servicios son prestados por un dentista participante. Para que una persona cubierta tenga derecho a los beneficios, es necesario que los servicios dentales sean proporcionados por un dentista de cuidado primario seleccionado de la red de dentistas DMO participantes. En algunos estados, los servicios que no son de emergencia remitidos por un proveedor no participante pueden estar disponibles con cobertura limitada.
Remisión a especialistas
1. Según el plan dental DMO, los servicios prestados por especialistas tienen derecho a cobertura sólo cuando han sido prescritos por el dentista de cuidado primario y autorizados por Aetna Dental. Si el pago de Aetna al dentista especializado se basa en una tarifa negociada, el copago del miembro por el servicio se basará en la misma tarifa negociada. Si el pago de Aetna tiene otra base, el copago se basará en la tarifa usual del dentista por el servicio, revisada por Aetna para que sea razonable. 2. Los miembros del Plan DMO pueden visitar un ortodontista sin necesidad de remisión por parte de su dentista de cuidado primario. En un esfuerzo por aliviar las tareas administrativas tanto para los dentistas participantes en Aetna como para los miembros, Dental ha facilitado el acceso directo de los miembros DMO a los servicios de ortodoncia.
Atención dental de emergencia

Resumen de beneficios dentales

Si usted necesita atención dental de emergencia para el tratamiento paliativo (alivio del dolor, estabilización) de una emergencia dental, usted está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Usted debe comunicarse con su dentista de atención primaria (PCD) para recibir tratamiento. Si usted no puede ponerse en contacto con su PCD, o está a más de 50 millas de su dirección residencial, debe comunicarse con Servicio a Miembros para obtener ayuda en la ubicación de un dentista. Si usted recibe tratamiento de un dentista no participante a una distancia mayor de 50 millas de su casa, los servicios de emergencia estarán cubiertos hasta un máximo de \$100. Usted debe remitir un reclamo a Aetna a fin de recibir los beneficios. Consulte los documentos de su plan si desea detalles. Sujeto a requisitos estatales. La atención dental de emergencia fuera del área puede ser revisada por nuestros consultores dentales para verificar que el tratamiento sea el apropiado.

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

Norma de reemplazo

The replacement of; addition to; or modification of:
existing dentures;
crowns;
casts or processed restorations;
removable denture;
fixed bridgework; or
other prosthetic services
is covered only if one of the following terms is met:

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

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

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

Norma del diente faltante no reemplazado

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

Alternate Treatment Rule: If more than one service can be used to treat a covered person's dental condition, Aetna may decide to authorize coverage only for a less costly covered service provided that all of the following terms are met:

- (a) the service must be listed on the Dental Care Schedule;
- (b) the service selected must be deemed by the dental profession to be an appropriate method of treatment; and
- (c) the service selected must meet broadly accepted national standards of dental practice.

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

- (a) the copayment for the approved less costly service; plus
- (b) the difference in cost between the approved less costly service and the more costly covered service.

Cómo encontrar a los proveedores participantes

Consulte el directorio en línea de proveedores de Aetna Dental, DocFind®, para obtener la lista más actualizada de proveedores. Los proveedores participantes son contratistas independientes de práctica privada, y no son empleados ni agentes de Aetna Dental ni de sus afiliadas. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular, y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios sin previo aviso. No todos los proveedores que figuran en el directorio estarán en disposición de recibir nuevos pacientes. Aunque Aetna Dental ha identificado proveedores que no estaban aceptando pacientes en nuestro plan DMO en el momento de conformar el directorio de proveedores, el estado de la práctica del proveedor puede haber cambiado. Para conocer la información más actualizada, por favor diríjase al proveedor seleccionado o a Servicio a Miembros de Aetna en el número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación (ID), o utilice nuestro directorio de proveedores en Internet (DocFind), disponible en www.aetna.com.



Resumen de beneficios dentales

Existen productos específicos que pueden no estar disponibles en las dos modalidades, con financiación propia y con seguro. La información contenida en este documento está sujeta a cambios sin previo aviso. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, prevalecerán los documentos del plan. En caso de tener algún problema con la cobertura, los miembros deben dirigirse a Servicio a Miembros en el número gratuito que aparece en sus tarjetas de identificación (ID) para saber la forma de utilizar el procedimiento de reclamos si resulta apropiado. La atención a los miembros y las decisiones relacionadas son de la exclusiva responsabilidad de los proveedores participantes. Aetna no proporciona servicios de salud y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia.

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

En Arizona, los planes DMO, Advantage Plus Dental, Advantage Dental, Basic Dental y Family Preventive Dental son proporcionados o administrados por Aetna Health Inc.

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