

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 películas	Sin cargo
D0210	Full mouth series Images	Sin cargo	D0330	Panoramic Image	Sin cargo
D0220-D0230	Periapicales	Sin cargo	D0391	Interpretation of Diagnostic Image	Sin cargo
D0240	Intraoral, Occlusal Image	Sin cargo	D0460	Prueba de vitalidad pulpar	Sin cargo
D0250-D0260	Extraoral Images	Sin cargo	D0470	Modelos diagnósticos	Sin cargo
D0270-D0274	Radiografías de mordida	Sin cargo	D0472-D0474	Muestra de tejido	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
D1208	Fluoruro - niño(a)	Sin cargo	D1520	Mantenedor de espacio - removible unilateral	\$80
D1206	Aplicación de esmalte tópico de fluoruro	Sin cargo	D1525	Mantenedor de espacio - removible bilateral	\$80
D1330	Instrucción sobre higiene bucal	Sin cargo	D1550	Recementado de mantenedor de espacio	\$15
D1351	Sellador - por diente	\$10	D1555	Extracción de mantenedor de espacio	\$15
D1352	Preventive Resin Restoration	\$10	D2990	Resin Infiltration of Lesion	\$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 permanente)	Sin cargo	D2391	Compuesto a base de resina - 1 superficie, posterior	Sin cargo
D2160	Amalgama - 3 superficies (primario o permanente)	Sin cargo	D2392	Compuesto a base de resina - 2 superficies, posterior	Sin cargo
D2161	Amalgama - 4 o más superficies (primario o permanente)	Sin cargo	D2393	Compuesto a base de resina - 3 superficies, posterior	Sin cargo
D2330	Compuesto a base de resina - 1 superficie, anterior	Sin cargo	D2394	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, posterior	Sin cargo
D2331	Compuesto a base de resina - 2 superficies, anterior	Sin cargo	D2940	Restauración de protección	\$8
D2332	Compuesto a base de resina - 3 superficies, anterior	Sin cargo	D2951	Perno de retención - además de la restauración	\$6
D2335	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, anterior (o incluyendo ángulo incisal)	Sin cargo			
Los cargos por compuestos a base de resina posteriores equivalen a la tarifa de amalgama cuando se realizan en molares o en superficies que soportan tensión en premolares. Puede haber un cargo adicional por el costo real de los compuestos a base de resina.					
CORONAS/PUENTES					
D2510	Incrustación - metálica, 1 superficie	\$220	D6073	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (predominantemente bajo)	\$260
D2520	Incrustación - metálica, 2 superficies	\$220	D6074	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (noble)	\$260
D2530	Incrustación - metálica, 3 superficies	\$220	D6075	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	\$260
D2542	Sobrepuesto - metálico, 2 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

Resumen de beneficios dentales

D2543	Sobrepuesto - metálico, 3 superficies	\$220	D6077	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija colada en metal (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$260
D2544	Sobrepuesto - metálico, 4 o más superficies	\$220	D6078	Dentadura postiza fija apoyada en implante/estribo para arco totalmente desdentado	\$300
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica - 1 superficie	\$220	D6079	Dentadura postiza fija apoyada en implante/estribo para arco parcialmente desdentado	\$400
D2620	Incrustación, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$220	D6094	Corona apoyada en estribo - titanio	\$260
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica - 3 o más superficies	\$220	D6205	Pónico - compuesto a base de resina, indirecto	\$260
D2642	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$220	D6210	Pónico - colado en metal altamente noble	\$260
D2643	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 3 superficies	\$220	D6211	Pónico - colado en metal predominantemente bajo	\$260
D2644	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 4 o más superficies	\$220	D6212	Pónico - colado en metal noble	\$260
D2650	Incrustación, compuesto/resina - 1 superficie	\$220	D6214	Pónico - titanio	\$260
D2651	Incrustación, compuesto/resina - 2 superficies	\$220	D6240	Pónico - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$260
D2652	Incrustación, compuesto/resina - 3 superficies	\$220	D6241	Pónico - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$260
D2662	Sobrepuesto, compuesto/resina - 2 superficies	\$220	D6242	Pónico - porcelana fundida sobre metal noble	\$260
D2663	Sobrepuesto, compuesto/resina - 3 superficies	\$220	D6245	Pónico - porcelana/cerámica	\$260
D2664	Sobrepuesto, compuesto/resina - 4 o más superficies	\$220	D6250	Pónico - resina con metal altamente noble	\$260
D2710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$260	D6251	Pónico - resina con metal predominantemente bajo	\$260
D2712	Corona - 3/4 del compuesto a base de resina, indirecto	\$200	D6252	Pónico - 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	\$240
D2751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$260	D6603	Incrustación - colada en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$240
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

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

Resumen de beneficios dentales

D2791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$260	D6610	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 2 superficies	\$240
D2792	Corona - colada en metal sólido noble	\$260	D6611	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$240
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
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
D2929	Prefab Porcelain/Ceramic Crown - Primary Tooth	\$63	D6624	Incrustación - titanio	\$240
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$45	D6634	Sobrepuesto - titanio	\$240
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	\$60	D6710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$260
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético - diente primario	\$45	D6720	Corona - resina con metal altamente noble	\$260
D2950	Construcción de núcleo, incluye todas las clavijas	\$45	D6721	Corona - resina con metal predominantemente bajo	\$260
D2952	Perno y núcleo, además de la corona	\$80	D6722	Corona - resina con metal noble	\$260
D6053	Dentadura postiza removible apoyada en implante/estribo para arco totalmente desdentado	\$320	D6740	Corona - porcelana/cerámica	\$260
D6054	Dentadura postiza removible apoyada en implante/estribo para arco parcialmente desdentado	\$300	D6750	Corona - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$260
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en estribo	\$260	D6751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$260
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$260	D6752	Corona - porcelana fundida sobre metal noble	\$260
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$260	D6780	Corona - colada con 3/4 de metal altamente noble	\$260
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal noble)	\$260	D6781	Corona - colada con 3/4 de metal predominantemente bajo	\$260
D6062	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$260	D6782	Corona - colada con 3/4 de metal noble	\$260
D6063	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$260	D6783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$260
D6064	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal noble)	\$260	D6790	Corona - colada en metal sólido altamente noble	\$260
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	\$260	D6791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$260
D6066	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en implante (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$260	D6792	Corona - colada en metal sólido noble	\$260
D6067	Corona de metal apoyada en implante (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$260	D6794	Corona - titanio	\$260
D6068	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	\$260	D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	\$20
D6069	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (altamente noble)	\$260			

"Patient Pays" applies to procedures provided by the 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			
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

Rehabilitación de la boca completa se define como 6 o más unidades de coronas y/o pónicos cubiertos en un solo tratamiento.

Los cargos por coronas y puentes se cobran por unidad. Habrá un cargo adicional por el costo real de oro/metales altamente nobles.

ENDODONCIA

D3110	Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final)	Sin cargo	D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, irreparable 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 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - anterior	\$130
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - posterior, diente primario	\$35	D3421 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - bicúspide (primera raíz)	\$130
D3310	Terapia de conducto de la raíz - anterior (excluye restauración final)	\$120	D3425 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - molar (primera raíz)	\$150
D3320	Terapia de conducto de la raíz - bicúspide (excluye restauración final)	\$140	D3426 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - cada raíz adicional	\$90
D3330	Terapia de conducto de la raíz - molar (excluye restauración final)	\$280	D3430 (1)	Restauración a retro - por cada raíz	\$65
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto de la raíz, sin acceso quirúrgico	\$120	D3450 (1)	Amputación radicular - por cada raíz	\$80

(1) Algunos servicios pueden estar cubiertos en el Plan Médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener más detalles.

PERIODONCIA

D4210 (1)	Gingivectomía o gingivoplastia - 4 o más dientes - por cuadrante	\$120	D4273 (1)	Injerto subepitelial de tejido conectivo, por diente	\$150
D4211 (1)	Gingivectomía o gingivoplastia - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$40	D4275 (1)	Auto trasplante de tejido blando	\$300
D4212 (1)	Gingivectomy to allow access, per tooth	\$16	D4276 (1)	Injerto de tejido conectivo/pedicular, por diente	\$248
D4240 (1)	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 4 o más dientes - por cuadrante	\$140	D4277 (1)	Free soft tissue graft - first tooth	\$106
D4241 (1)	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$84	D4278 (1)	Free soft tissue graft - each additional tooth	\$53
D4245 (1)	Colgajo posicionado apicalmente	\$140	D4341	Escamación periodontal y limadura de raíces - 4 o más dientes - por cuadrante	\$60
D4249	Alargamiento de corona clínica, tejido duro	\$195	D4342	Escamación periodontal y limadura de raíces - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$36
D4260 (1)	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo) - 4 o más dientes - por cuadrante	\$325	D4355	Debridement	\$60
D4261 (1)	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo) - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$195	D4910	Mantenimiento periodontal	\$40

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

Resumen de beneficios dentales

D4268 (1)	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	\$130	D4920	Cambio no programado de apósito (por una persona que no sea el dentista tratante)	\$10
D4270 (1)	Procedimiento de injerto pedicular de tejido blando	\$250			

(1) Algunos servicios pueden estar cubiertos en el Plan Médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener más detalles.

PROSTODONCIA REMOVIBLE (2)

D5110	Dentadura postiza completa - maxilar	\$320	D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$360
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular	\$320	D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$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			

(2) Incluye recubierta, ajustes, rebases dentro de los primeros 6 meses. Los ajustes a las dentaduras postizas realizados dentro de los seis meses de colocadas 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) (3)	\$95
D5671	Reemplazar todos los dientes y el acrílico en armazón de metal fundido (mandibular)	\$86	D5821	Dentadura postiza parcial interina (mandibular) (3)	\$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	\$320

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

Resumen de beneficios dentales

D5721	Rebasar dentadura postiza parcial mandibular	\$86			
(3) Elegible para dientes anteriores solamente.					
CIRUGÍA ORAL					
D7111	Extracción, residuos coronales - diente decidual	Sin cargo	D7285 (1)	Biopsia de tejido oral - duro (hueso, diente)	\$80
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)	Sin cargo	D7286 (1)	Biopsia de tejido oral - blando	\$80
D7210 (1)	Remoción quirúrgica de diente erupcionado	\$36	D7287 (1)	Toma de muestra para citología	\$40
D7220 (1)	Remoción de diente impactado - tejido blando	\$60	D7310 (1)	Alveoloplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$35
D7230 (1)	Remoción de diente impactado - parcialmente óseo	\$72	D7311 (1)	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$18
D7240 (1)	Remoción de diente impactado - totalmente óseo	\$110	D7320 (1)	Alveoloplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$60
D7241 (1)	Remoción de diente impactado - totalmente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$110	D7321 (1)	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$30
D7250 (1)	Remoción quirúrgica de restos radiculares	\$35	D7510 (1)	Incisión y drenaje de abscesos - intraoral, tejido blando	\$30
D7251	Coronectomía: extracción intencional parcial de un diente (vigente a partir del 1/1/11)	\$55	D7511 (1)	Incisión y drenaje de abscesos - intraoral, tejido blando - con complicaciones	\$33
D7280 (1)	Acceso quirúrgico de diente no erupcionado	\$60	D7960 (1)	Frenulectomía (frenectomía, frenotomía), procedimiento independiente	\$90
D7282 (1)	Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para ayudar a la erupción	\$70	D7963 (1)	Frenuloplastia	\$95
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	\$14			
(1) Algunos servicios pueden estar cubiertos en el Plan Médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener más detalles.					
OTROS SERVICIOS (AUXILIARES)					
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales - procedimiento menor	\$10	D9310	Consulta - servicio de diagnóstico prestado por un dentista o médico que no es el dentista o médico tratante	Sin cargo
D9220	Sedación profunda/anestesia general - los primeros 30 minutos	\$165	D9940	Protectores oclusales, por informe	\$70
D9221	Sedación profunda/anestesia general - 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 - 15 minutos adicionales	\$70	D9952	Ajuste oclusal - completo	\$60
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:					
1. Servicios o suministros que están cubiertos del todo o en parte:					
(a) según otro aspecto de este Plan de Atención Dental, o					
(b) en algún otro plan de beneficios de grupo provisto por su empleador o a través de éste.					
2. Servicios y suministros para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es:					
(a) una enfermedad no ocupacional, o					
(b) una lesión no ocupacional.					

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

Resumen de beneficios dentales

3. Servicios que no están listados en el Programa de Atención Dental correspondiente, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
4. 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.
5. 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 pónicos se considerarán siempre cosméticos.
6. 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.
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. No se aplica a los contratos de CA.
8. Aquellos relacionados con alguno de los siguientes servicios (no se aplica a los contratos de TX): (a) un dispositivo o modificación de éste si la impresión fue tomada antes de que la persona quedara cubierta; (b) una corona, puente o restauración fundida o procesada si el diente fue preparado para ello antes de que la persona quedara cubierta; (c) terapia de conducto de la raíz si la cámara pulpar fue abierta antes de que la persona quedara cubierta.
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. No se aplica a los contratos de CA.
Cualquiera de las exclusiones anteriores no se aplicará si la cobertura de los cargos es un requisito de alguna ley que se aplique a la cobertura.

*Esta es una lista parcial de las exclusiones y limitaciones; pueden aplicarse otras. Consulte el folleto de su plan para más detalles.

Información adicional importante

Este resumen de beneficios de Aetna Dental Maintenance Organization (DMO®) 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. Pueden aplicarse beneficios fuera de la red. Consulte su Programa de Beneficios.

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

Resumen de beneficios dentales

Debido a leyes estatales, los beneficios DMO® limitados (que varían según el estado) para servicios que no son de emergencia proporcionados por proveedores no participantes están disponibles para contratos del plan celebrados en CT, IL, KY y OH; y para miembros residentes en MA y OK (independientemente del estado en el que tiene origen el contrato).

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 ortodoncista sin necesidad de conseguir remisión 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

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 cuidado primario (PCD) para recibir tratamiento. Si usted no puede ponerse en contacto con su PCD, debe comunicarse con Servicio a Miembros para obtener ayuda en la ubicación de un dentista. 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

El reemplazo de, la adición a, o la modificación de:

dentaduras postizas existentes;

coronas;

restauraciones fundidas o procesadas;

dentaduras postizas removibles;

puentes fijos u

otros servicios protésicos

están cubiertos sólo si se cumple alguno de los siguientes criterios:

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.

La extracción de un tercer molar no califica. Dicho dispositivo o puente fijo debe incluir el reemplazo de uno o más dientes extraídos.

Norma del diente faltante no reemplazado (no se aplica a los contratos de TX y CA)

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.

Norma de tratamiento alternativo: Si hay más de un servicio que se puede utilizar para tratar la condición dental de una persona cubierta, Aetna puede decidir que autoriza la cobertura solamente para el servicio cubierto menos costoso, siempre y cuando se cumplan todos los criterios siguientes:

(a) el servicio debe figurar en la lista del Programa de atención dental;

(b) el servicio seleccionado debe estar considerado por la profesión odontológica como método apropiado de tratamiento, y

(c) el servicio seleccionado debe ser ampliamente aceptado según los estándares nacionales de práctica dental.

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.

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



Resumen de beneficios dentales

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.

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.

In Arizona, DMO Dental Plans are provided or administered by 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.