
ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES

CENTRAL HEALTH MEDICARE PLAN

23042

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2025

Condados:

Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Nevada, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo

Administrado por:



Delta Dental of California

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
APELELACIÓN DE RECLAMACIONES 7
DISPOSICIONES GENERALES 8

Anexos

- ANEXO A: DEDUCIBLES Y LÍMITES MÁXIMOS
- ANEXO B: COPAGOS Y COSEGUROS DEL AFILIADO
- ANEXO C: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de **Central Health Medicare Plan**. Su plan está respaldado y es administrado por Delta Dental of California ("Delta Dental"). Nuestro objetivo es brindarle la más alta calidad en cuidado dental y ayudarle 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 Anexo de beneficios dentales ("Plan"), que incluye el Anexo A: Deducibles y límites máximos, el Anexo B: Cuadro de copagos del afiliado y de coseguros y el Anexo C: Limitaciones y exclusiones, 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 cuidados dentales. 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 incluyen en este folleto del plan están sujetas a todas las disposiciones del contrato que se encuentra en el archivo con Central Health Medicare 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 del presente 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.*

Contáctenos

Para obtener más información, visite (es.deltadentalins.com/centralhealth) o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al (855) 370-3867 (TTY 711). Un representante de Servicio al Cliente puede responder las preguntas que usted tenga sobre cómo obtener cuidados dentales, ayudarle a ubicar un proveedor participante de Delta Dental, explicarle los beneficios, verificar el estado de una reclamación y ayudarle a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental al (855) 370-3867 durante el horario regular habitual para obtener información sobre la elegibilidad y los beneficios del miembro, el estado de la reclamación, o para hablar con un representante de Servicio al Cliente para recibir ayuda. Si prefiere ponerse en contacto con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta con sus consultas a la siguiente dirección:

Delta Dental of California
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330

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.

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.

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.

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 Central Health Medicare Plan y Delta Dental of California para la prestación de servicios dentales.

Copago: las cantidades que usted es responsable de pagar como se muestra en el Anexo B.

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: Central Health Medicare 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 cuidado dental que no sean servicios cubiertos. Le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista sea un proveedor participante en este Medicare Advantage Plan antes de cada cita para evitar la facturación de saldos de proveedores no participantes. Revise la sección “Cómo se pagan las reclamaciones” para obtener una explicación de los procedimientos de pago a fin de comprender el método de pago correspondiente a su selección de proveedor participante.

Cómo localizar a un proveedor participante de Delta Dental

Existen dos maneras de localizar a un proveedor participante cerca de usted:

- Puede acceder a la información a través del sitio web de Central Health Medicare Plan; o
- También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al número gratuito (855) 370-3867 y un representante le ayudará. Delta Dental puede proporcionarle información sobre la especialidad y la ubicación del consultorio de un proveedor participante de Delta Dental.

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

El plan pagará los beneficios por los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no participante. Sin embargo, un proveedor no participante puede cobrarle más que el límite máximo autorizado del plan a pagar bajo este Medicare Advantage Plan y usted será responsable de todos los cargos de costos compartidos y de cualquier diferencia entre lo que paga Delta Dental y la cantidad que el proveedor no participante cobra hasta los cargos presentados.

Delta Dental tiene contratos con dentistas con la licencia correspondiente 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 tener contrato con otro plan de beneficios de Delta Dental, pero no necesariamente con este plan para los beneficiarios del plan de salud de Central Health Medicare 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. Llénelo y envíelo a la siguiente dirección:

*Delta Dental of California
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330*

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 proveedores participantes hasta la cortesía con la que le atienden los representantes de Delta Dental por teléfono. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la denegación 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, usted tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante Central Health Medicare Plan al (866) 314-2427.

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 se requiere que un dentista específico brinde los servicios. 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 solicite al presentar una prueba de reclamación, que el pago se

realice directamente al dentista que brinda los servicios. Todos los beneficios no pagados al proveedor se pagarán a usted o a heredero o a un beneficiario alternativo si así lo determina una orden judicial, excepto que si la persona no sea competente para proporcionar un descargo válido, los beneficios pueden pagarse a su cónyuge, tutor u otro representante legalmente designado.

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 y límites máximos

Titular del contrato: Central Health Medicare Plan

Número de grupo: 23042

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2025

Las cantidades del deducible y límite máximo se determinarán *conforme a una base del año calendario* por afiliado, a menos que se indique lo contrario, y están sujetas al **Anexo C: Limitaciones y exclusiones**.

Categoría del servicio dental	Proveedores participantes de Medicare de Delta Dental Copagos del afiliado	Proveedores de Medicare no participantes Coseguros del afiliado
Deducible anual Por miembro	Ninguno	
Límite máximo anual	\$3,000 por miembro por año calendario (\$1,500 por miembro por año calendario, se pueden usar en proveedores de Medicare no participantes)	
<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>		

† El reembolso basado en los cargos contratados por los proveedores de Medicare participantes de Delta Dental para todos los proveedores, lo que incluye los proveedores de Medicare no participantes.

ANEXO B

Copagos del afiliado: Proveedores participantes de Medicare de Delta Dental
Coseguros del afiliado: Proveedores de Medicare no participantes

Tenga en cuenta lo siguiente:

- **Cuadro de copagos del afiliado:** Cuando los servicios cubiertos los proporciona un proveedor participante de Medicare de Delta Dental, el afiliado pagará las cantidades que se incluyen en la columna Copagos del afiliado.
- **Coseguro del afiliado:** Cuando los servicios cubiertos los proporciona un proveedor no participante de Medicare, el afiliado pagará el coseguro del afiliado.
- Todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones que se muestran a continuación.
- Los siguientes códigos y nomenclatura son propiedad de la Asociación Dental Estadounidense® (“ADA”, por sus siglas en inglés) y representan los códigos y la nomenclatura extraídos de la versión 2025 del Nomenclador Dental Actual (“CDT”). Nuestra administración de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones bajo este plan se basarán en todo momento en la versión del CDT vigente en ese momento, ya sea que se proporcione o no un cuadro revisado.

Aviso: Nos reservamos el derecho de revisar y modificar el Cuadro de copagos del afiliado o el coseguro del afiliado anualmente, y los afiliados deben verificar que se haga referencia a la versión más reciente antes de recibir los servicios.

Código	Descripción	Copagos del afiliado	Coseguro del afiliado
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO		
D0120	Evaluación periódica de la boca, paciente establecido, <i>dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0140	Evaluación limitada de la boca, enfocada en el problema, <i>dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0150	Evaluación completa de la boca, paciente nuevo o establecido, <i>una evaluación completa (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación</i>	Sin costo	10%
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca, enfocada en el problema, por informe, <i>dos evaluaciones de la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0170	Reevaluación, limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no consulta postoperatoria), <i>dos evaluaciones de</i>	Sin costo	10%

	<i>la boca (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario</i>		
D0171	Reevaluación, consulta posoperatoria en el consultorio	Sin costo	10%
D0180	Evaluación periodontal completa, paciente nuevo o establecido, <i>una evaluación completa (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación</i>	Sin costo	10%
D0190	Revisión del paciente, <i>una (D0190 o D0191) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0191	Evaluación de un paciente, <i>una (D0190 o D0191) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0210	Intrabucal, serie completa de radiografías, <i>una (D0210 o D0330) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0220	Intrabucal, primera radiografía periapical, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0230	Intrabucal, cada radiografía periapical adicional, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0240	Intrabucal, radiografía oclusal, <i>1 por arco dentario por día</i>	Sin costo	10%
D0250	Extraoral, radiografía de proyección en 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector, <i>una por año calendario</i>	Sin costo	10%
D0251	Radiografías dentales posteriores extrabucales	Sin costo	10%
D0270	Radiografía de mordida, radiografía única, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0272	Radiografías de mordida, dos radiografías, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0273	Radiografías de mordida, tres radiografías, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0274	Radiografías de mordida, cuatro radiografías, <i>dos radiografías periapicales o de mordida (D0220, D0230, D0270, D0272, D0273 o D0274) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0277	Radiografías de mordida verticales, de 7 a 8 radiografías, <i>una D0277 cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D0330	Radiografía panorámica, <i>una (D0210 o D0330) cada año calendario</i>	Sin costo	10%

D0340	Radiografía cefalométrica 2D, adquisición, medida y análisis, <i>1 de por vida</i>	Sin costo	10%
D0419	Evaluación del flujo salival por medición, <i>una cada 2 años calendarios</i>	\$6.00	10%
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa, <i>una cada 2 años calendarios</i>	Sin costo	10%
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo bajo, <i>una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo	10%
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado, <i>una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo	10%
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo alto, <i>una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo	10%
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe, <i>incluye visitas al consultorio, por consulta (además de otros servicios)</i>	Sin costo	10%
D1900-D1999		II. PREVENCIÓN	
D1110	Limpieza, <i>profilaxis para adultos, dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D1206	Aplicación de barniz de flúor, <i>dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D1208	Aplicación de barniz de flúor, no incluye el barniz, <i>dos aplicaciones de flúor (D1206 o D1208) cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales, <i>una cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D1320	Orientación sobre el tabaco para el control y la prevención de las enfermedades de la boca, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D1330	Instrucciones de higiene bucal, <i>una cada año calendario</i>	Sin costo	10%
D2000-D2999		III. SERVICIOS DE RESTAURACIÓN	
<i>- La extracción de una restauración indirecta es parte de un procedimiento restaurativo posterior.</i>			
<i>- Incluye pulido, agentes adhesivos y de cementación, recubrimiento indirecto de la pulpa, bases, cubrimientos cavitarios y procedimientos de grabado con ácido.</i>			
<i>- El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay y onlay requiere que la restauración existente tenga más de 5 años de antigüedad.</i>			
<i>- Los empastes se limitan a un empaste compuesto de resina o amalgama por superficie por diente, cada 2 años calendario.</i>			

<i>- Dos procedimientos de corona, incrustación onlay o inlay cada año calendario (cualquier combinación de D2510 - D2794).</i>			
<i>- Dos procedimientos de empaste cada año calendario (cualquier combinación de D2140 - D2394).</i>			
<i>- Dos coronas prefabricadas (D2929, D2930, D2931, D2932 o D2933) cada año calendario.</i>			
D2140	Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes	\$40.00	70%
D2150	Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes	\$50.00	70%
D2160	Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes	\$60.00	70%
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	\$70.00	70%
D2330	Compuesto de resina, una superficie, dientes anteriores	\$60.00	70%
D2331	Compuesto de resina, dos superficies, dientes anteriores	\$70.00	70%
D2332	Compuesto de resina, tres superficies, dientes anteriores	\$80.00	70%
D2335	Compuesto de resina, cuatro o más superficies (dientes anteriores)	\$90.00	70%
D2390	Compuesto de resina, corona, dientes anteriores	\$98.00	70%
D2391	Compuesto de resina, una superficie, dientes posteriores	\$90.00	70%
D2392	Compuesto de resina, dos superficies, dientes posteriores	\$100.00	70%
D2393	Compuesto de resina, tres superficies, dientes posteriores	\$110.00	70%
D2394	Compuesto de resina, cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$120.00	70%
D2510	Incrustación inlay, metálica, una superficie	\$300.00	70%
D2520	Incrustación inlay, metálica, dos superficies	\$300.00	70%
D2530	Incrustación inlay, metálica, tres o más superficies	\$300.00	70%
D2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies	\$400.00	70%
D2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies	\$400.00	70%
D2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies	\$400.00	70%
D2610	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, una superficie	\$400.00	70%
D2620	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, dos superficies	\$400.00	70%
D2630	Incrustación inlay, porcelana o cerámica, tres o más superficies	\$400.00	70%
D2642	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, dos superficies	\$421.00	70%
D2643	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, tres superficies	\$423.00	70%

D2644	Incrustación onlay, porcelana o cerámica, cuatro o más superficies	\$424.00	70%
D2650	Incrustación inlay, compuesto de resina, una superficie	\$400.00	70%
D2651	Incrustación inlay, compuesto de resina, dos superficies	\$400.00	70%
D2652	Incrustación inlay, compuesto de resina, tres superficies o más	\$400.00	70%
D2662	Restauración onlay, compuesto de resina, dos superficies	\$400.00	70%
D2663	Incrustación onlay, compuesto de resina, tres superficies	\$400.00	70%
D2664	Restauración onlay, compuesto de resina, cuatro superficies o más	\$400.00	70%
D2710	Corona, compuesto de resina (indirecta), <i>limitada a los dientes permanentes anteriores</i>	\$200.00	70%
D2712	Corona, 3/4 de compuesto de resina (indirecta)	\$200.00	70%
D2720	Corona, resina con alto contenido de metal noble	\$200.00	70%
D2721	Corona, resina de metal base principalmente	\$200.00	70%
D2722	Corona, resina con metal noble	\$200.00	70%
D2740	Corona, porcelana o cerámica	\$400.00	70%
D2750	Corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$350.00	70%
D2751	Corona, porcelana fundida de metal base principalmente	\$275.00	70%
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	\$400.00	70%
D2753	Corona, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$305.00	70%
D2780	Corona, molde de 3/4 con alto contenido de metal noble	\$400.00	70%
D2781	Corona, molde de 3/4 de metal base principalmente	\$400.00	70%
D2782	Corona, molde de 3/4 de metal noble	\$400.00	70%
D2783	Corona, 3/4 porcelana o cerámica	\$400.00	70%
D2790	Corona, molde completo con alto contenido de metal noble	\$400.00	70%
D2791	Corona, molde completo de metal base principalmente	\$400.00	70%
D2792	Corona, molde completo de metal noble	\$400.00	70%
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	\$400.00	70%
D2799	Corona provisional, se requiere tratamiento adicional o completar el diagnóstico antes de las impresiones finales	\$25.00	70%
D2910	Recementación o readhesión de incrustación inlay, incrustación onlay, revestimiento o restauración de cobertura parcial, una por diente de por vida	\$50.00	70%

D2915	Recementación o readhesión de perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente: <i>una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario</i>	\$50.00	70%
D2920	Recementación o readhesión de corona, <i>una recementación (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario</i>	\$50.00	70%
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$98.00	70%
D2928	Corona prefabricada de porcelana o cerámica, dientes permanentes, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$155.00	70%
D2929	Corona prefabricada de porcelana o cerámica, dientes primarios, dientes anteriores, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$190.00	70%
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes primarios, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$150.00	70%
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$170.00	70%
D2932	Corona prefabricada de resina, dientes primarios, dientes primarios anteriores, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$170.00	70%
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$190.00	70%
D2940	Colocación de restauración directa provisional, <i>una (D2940 o D2941) por diente de por vida</i>	\$40.00	70%
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta	\$150.00	70%
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas espigas, cuando sea necesario, <i>una (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	\$150.00	70%
D2951	Retención de la espiga, por diente, además de la restauración, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$50.00	70%
D2952	Perno-muñón además de la corona, fabricado indirectamente, <i>uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	\$220.00	70%
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente, <i>uno por diente cada 5 años calendario cuando se factura con D2952</i>	\$110.00	70%
D2954	Perno-muñón prefabricado además de la corona, <i>uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario</i>	\$160.00	70%
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural	Sin costo	70%

D2957	Cada perno adicional prefabricado (mismo diente) de <i>metal base incluye la preparación del conducto</i>	\$110.00	70%
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente, <i>uno por diente cada 5 años calendario</i>	\$50.00	70%
D2975	Cofia, <i>una por diente cada 5 años calendario</i>	\$110.00	70%
D2976	Estabilización de banda, por diente, <i>se limita a una vez por diente de por vida</i>	\$60.00	70%
D2980	Arreglo de la corona por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00	70%
D2981	Arreglo de la incrustación inlay por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00	70%
D2982	Arreglo de la incrustación onlay por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00	70%
D2983	Arreglo del revestimiento por causa de falla del material restaurador, <i>uno por diente cada 2 años calendario</i>	\$25.00	70%
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad	Sin costo	70%
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa, <i>una cada 2 años calendario</i>	\$65.00	70%
D2991	Aplicación del medicamento regenerador de hidroxiapatita, por diente, <i>se limita a dos veces por diente en un periodo de 12 meses</i>	\$65.00	70%
D3000-D3999		IV. ENDODONCIA	
<i>- Los servicios de endodoncia se limitan a 1 por diente, de por vida (es decir, conducto radicular).</i>			
<i>- Dos procedimientos de conducto radicular cada año calendario (D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 o D3348)</i>			
D3110	Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final)	\$25.00	70%
D3120	Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final)	\$40.00	70%
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos, <i>una (D3220 o D3321) por diente de por vida</i>	\$150.00	70%
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes, <i>uno (D3220 o D3321) por diente de por vida</i>	\$150.00	70%

D3230	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles), dientes anteriores, dientes primarios, (no incluye la restauración final), <i>una por diente de por vida</i>	\$180.00	70%
D3240	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles), dientes posteriores, dientes primarios, (no incluye la restauración final), <i>una por diente de por vida</i>	\$300.00	70%
D3310	<i>Conducto radicular</i> , tratamiento endodóncico, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	\$380.00	70%
D3320	<i>Conducto radicular</i> , tratamiento endodóncico, dientes premolares (no incluye la restauración final)	\$490.00	70%
D3330	<i>Conducto radicular</i> , tratamiento endodóncico, molares (no incluye la restauración final)	\$620.00	70%
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular, sin acceso quirúrgico	\$180.00	70%
D3332	Tratamiento endodóncico incompleto, diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$200.00	70%
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna, <i>uno por diente de por vida</i>	\$160.00	70%
D3346	Tratamiento posterior del tratamiento del conducto radicular previo, dientes anteriores	\$500.00	70%
D3347	Tratamiento posterior del tratamiento del conducto radicular previo, premolares	\$620.00	70%
D3348	Tratamiento posterior del tratamiento del conducto radicular previo, molares	\$720.00	70%
D3351	Formación del ápice y recalcificación, consulta inicial (cierre apical, arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.), <i>una por diente de por vida</i>	\$190.00	70%
D3352	Formación del ápice y recalcificación, reemplazo provisional de medicación, <i>una por diente de por vida</i>	\$130.00	70%
D3353	Formación del ápice y recalcificación, consulta final (incluye tratamiento de endodoncia completado, cierre apical, arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.), <i>una por diente de por vida</i>	\$150.00	70%
D3410	Apicectomía, dientes anteriores, <i>una por diente de por vida</i>	\$420.00	70%
D3421	Apicectomía, premolares (primera raíz), <i>una por diente de por vida</i>	\$460.00	70%
D3425	Apicectomía, molares (primera raíz), <i>una por diente de por vida</i>	\$480.00	70%

D3426	Apicectomía, (cada raíz adicional), <i>una por diente de por vida</i>	\$150.00	70%
D3430	Empaste retrógrado, por raíz, <i>uno por diente de por vida</i>	\$130.00	70%
D3450	Amputación de la raíz, por raíz, <i>una por diente de por vida</i>	\$220.00	70%
D3920	Hemisección (incluye extracción de cualquier raíz), no incluye tratamiento de conducto radicular, <i>una por diente de por vida</i>	\$190.00	70%
D3921	Descoronación o sumersión de un diente erupcionado, <i>una por diente de por vida</i>	\$80.00	70%
D4000-D4999	V. PERIODONCIA		
- Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento con anestesia local			
- No se permite la limpieza de sarro periodontal y alisado radicular en más de 2 cuadrantes por cita o por día.			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$220.00	70%
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$150.00	70%
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente, <i>una por diente cada 3 años calendario</i>	Sin costo	70%
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$540.00	70%
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$540.00	70%
D4245	Colgajo en posición apical, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$425.00	70%
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro, <i>uno por diente permanente de por vida</i>	\$500.00	70%
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$780.00	70%

D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de grosor completo y cierre), de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante, <i>una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario</i>	\$550.00	70%
D4263	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$360.00	70%
D4264	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$300.00	70%
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando: <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$400.00	70%
D4274	Procedimiento de cuña mesial o distal, un solo diente (cuando éste no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica), <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$320.00	70%
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) primer diente, implante, o posición sin dientes en injerto, <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$480.00	70%
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) cada diente contiguo adicional, implante, o posición sin dientes en el mismo sitio del injerto, <i>uno por diente cada 3 años calendario (D4270-D4278)</i>	\$480.00	70%
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante, <i>una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario</i>	\$60.00	70%
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, uno a tres dientes por cuadrante, <i>una (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario</i>	\$60.00	70%
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa, boca completa, después de evaluación oral, <i>dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	\$15.00	10%
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación periodontal completa y diagnóstico en la consulta posterior, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$40.00	70%
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de descarga controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$40.00	70%
D4910	Mantenimiento periodontal, <i>dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario</i>	\$40.00	70%
D4921	Irrigación gingival con medicamento, por cuadrante	Sin costo	70%
D5000-D5899	VI. PROSTODONCIA (extraíble)		

<p>- Para todas las dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales mencionadas, el copago incluye ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros seis meses posteriores a la colocación. Para todas las dentaduras postizas inmediatas y dentaduras postizas parciales extraíble inmediatas mencionadas, el copago incluye ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros tres meses posteriores a la colocación. Usted debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro del dentista contratado donde se entregó la dentadura postiza originalmente.</p>			
<p>- El reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial requiere que ésta tenga 5 años o más de antigüedad.</p>			
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar, una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130, D5863) cada 5 años calendario	\$450.00	70%
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular, una dentadura postiza mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario	\$450.00	70%
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar, una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130, D5863) cada 5 años calendario	\$600.00	70%
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular, una dentadura postiza mandibular (D5120 o D5140) cada 5 años calendario	\$600.00	70%
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario	\$500.00	70%
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario	\$500.00	70%
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, molde de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario	\$600.00	70%
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes)	\$600.00	70%
D5221	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario	\$350.00	70%
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario	\$350.00	70%

D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, molde de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario</i>	\$600.00	70%
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, molde de metal fundido con bases de resina para dentadura postiza (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario</i>	\$600.00	70%
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5864) cada 5 años calendario</i>	\$600.00	70%
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), <i>una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224 o D5226) cada 5 años calendario</i>	\$600.00	70%
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo	70%
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo	70%
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo	70%
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular, <i>dos cada año calendario</i>	Sin costo	70%
D5511	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada, mandibular, <i>uno cada año calendario</i>	\$100.00	70%
D5512	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada, maxilar, <i>uno cada año calendario</i>	\$100.00	70%
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (por diente), <i>una cada año calendario</i>	\$80.00	70%
D5611	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, mandibular, <i>uno (D5611 o D5621) cada año calendario</i>	\$120.00	70%
D5612	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar, <i>uno (D5612 o D5622) cada año calendario</i>	\$120.00	70%
D5621	Arreglo del molde de la estructura dental parcial, mandibular, <i>uno (D5611 o D5621) cada año calendario</i>	\$140.00	70%

D5622	Arreglo del molde de la estructura dental parcial, maxilar, <i>uno (D5612 o D5622) cada año calendario</i>	\$140.00	70%
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de retención y sujeción rotos, por diente, <i>uno (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$140.00	70%
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente, <i>uno (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$100.00	70%
D5650	Adición de dientes a dentadura postiza parcial existente, por diente, <i>una (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$100.00	70%
D5660	Adición de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente, <i>una (D5630 - D5660) cada año calendario</i>	\$120.00	70%
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (maxilar), <i>2 cada año calendario</i>	\$300.00	70%
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (mandibular), <i>2 cada año calendario</i>	\$300.00	70%
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00	70%
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00	70%
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00	70%
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$200.00	70%
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el consultorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00	70%
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el consultorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00	70%
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00	70%
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$100.00	70%
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el laboratorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00	70%

D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el laboratorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00	70%
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio), <i>dos (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00	70%
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio), <i>dos (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$200.00	70%
D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecta, <i>dos (D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761 o D5765) por año calendario</i>	\$101.00	70%
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), maxilar, <i>una cada 5 años calendario</i>	\$300.00	70%
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (que incluye materiales de retención y sujeción, soportes y dientes), mandibular, <i>una cada 5 años calendario</i>	\$300.00	70%
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilares, <i>uno cada año calendario</i>	\$50.00	70%
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibulares, <i>uno cada año calendario</i>	\$50.00	
D5863	Sobredentadura, completa maxilar, <i>una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130, D5863) cada 5 años calendario</i>	\$450.00	70%
D5864	Sobredentadura, parcial maxilar, <i>una dentadura postiza maxilar parcial (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225 o D5227, D5864) cada 5 años calendario</i>	\$450.00	70%
D5900-D5999	VII. DE PRÓTESIS MAXILOFACIALES: Sin cobertura		
D6000-D6199	VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE		
- Todos los servicios relacionados con los implantes se muestran con la cantidad de copago exacta del miembro. No se permite ningún cargo adicional por la porcelana, el metal noble, el alto contenido de metal noble o el titanio en procedimientos relacionados con los implantes			
- Una colocación de implante quirúrgico (D6010, D6013 o D6040) por sitio de implante cada 5 años calendario			
- Una corona sostenida con diente de soporte o retenedor por diente cada 5 años calendario			
- Una colocación de implante quirúrgico (D6010, D6013 o D6040) por sitio de implante cada 5 años calendario			

<i>- Dos prótesis sostenidas por implantes (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082 o D6094) cada año calendario</i>			
<i>- Una prótesis sostenida por implante (D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066, D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6082 o D6094) por sitio de implante cada 5 años calendario</i>			
D6010	Colocación quirúrgica de implante craneofacial: implante endostal, <i>dos (D6010 o D6013) cada año calendario</i>	\$1,023.00	70%
D6011	Cirugía de implantes de segunda fase, <i>se incluye en el cargo de D6010</i>	\$247.00	70%
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisional, <i>dos cada año calendario</i>	\$726.00	70%
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante, <i>dos (D6010 o D6013) cada año calendario</i>	\$665.00	70%
D6040	Colocación quirúrgica: implante epóstico, <i>uno cada año calendario</i>	\$2,160.00	70%
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico, <i>uno cada año calendario</i>	\$2,051.00	70%
D6055	Barra de acoplamiento, sostenida con implantes o diente de soporte, <i>una cada año calendario, una por arco dentario cada 5 años calendario</i>	\$250.00	70%
D6056	Diente de soporte prefabricado, que incluye modificación y colocación, <i>dos (D6056, D6057) cada año calendario, uno por sitio de implante cada 5 años calendario</i>	\$418.00	70%
D6057	Diente de soporte a medida, <i>dos (D6056 o D6057) cada año calendario, uno por sitio de implante cada 5 años calendario</i>	\$486.00	70%
D6058	Corona de porcelana o cerámica sostenida con diente de soporte	\$1,110.00	70%
D6059	Corona de porcelana fundida a metal sostenida con diente de soporte (alto contenido de metal noble)	\$1,096.00	70%
D6060	Corona de porcelana fundida a metal sostenida con diente de soporte (de metal base principalmente)	\$350.00	70%
D6061	Corona de porcelana fundida a metal sostenida con diente de soporte (de metal noble)	\$1,056.00	70%
D6062	Corona de molde de metal sostenida con diente de soporte (alto contenido de metal noble)	\$1,003.00	70%

D6063	Corona de molde de metal sostenida con diente de soporte (de metal base principalmente)	\$861.00	70%
D6064	Corona de molde de metal sostenida con diente de soporte (metal noble)	\$912.00	70%
D6065	Corona de porcelana o cerámica sostenida con implantes	\$1,040.00	70%
D6066	Corona sostenida con implantes, porcelana fundida con aleaciones altamente nobles	\$1,013.00	70%
D6067	Corona sostenida con implantes, aleaciones altamente nobles	\$984.00	70%
D6068	Retenedor sostenido con diente de soporte para dentadura postiza parcial fija (FPD, por sus siglas en inglés) de porcelana o cerámica	\$1,110.00	70%
D6069	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble)	\$1,096.00	70%
D6070	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (de metal base principalmente)	\$1,035.00	70%
D6071	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (contenido de metal noble)	\$1,056.00	70%
D6072	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de molde de metal (alto contenido de metal noble)	\$1,028.00	70%
D6073	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de molde de metal (de metal base principalmente)	\$930.00	70%
D6074	Retenedor sostenido con diente de soporte para FPD de molde de metal (contenido de metal noble)	\$1,005.00	70%
D6075	Retenedor sostenido con implante para FPD de cerámica	\$1,092.00	70%
D6076	Retenedor sostenido con implantes para FDP, porcelana fundida con aleaciones altamente nobles	\$1,064.00	70%
D6077	Retenedor sostenido con implantes para FDP de metal, aleaciones altamente nobles	\$984.00	70%
D6082	Corona sostenida con implantes, porcelana fundida a aleaciones de metal base principalmente	\$350.00	70%
D6089	Acceder y volver a apretar tornillos de implantes sueltos, por tornillo, <i>se limita a una vez cada 24 meses</i>	\$45.00	70%
D6090	Arreglo de prótesis sostenida con implantes o dientes de soporte, <i>uno cada 5 años calendario</i>	\$127.00	70%

D6091	Reemplazo de pieza reemplazable, <i>una cada 5 años calendario</i>	\$136.00	70%
D6092	Recementado o readhesión de corona sostenida con implante o con dientes de soporte, <i>uno por arco dentario cada año calendario</i>	\$45.00	70%
D6093	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija sostenida con implante o con dientes de soporte, <i>uno por arco dentario cada año calendario</i>	\$65.00	70%
D6094	Corona sostenida con diente de soporte, titanio y aleaciones de titanio	\$670.00	70%
D6096	Extracción del tornillo de retención del implante roto, <i>una por diente cada 2 años calendario</i>	\$45.00	70%
D6101	Desbridamiento de un defecto por periimplantitis, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$263.00	70%
D6102	Desbridamiento o remodelación ósea de un defecto por periimplantitis, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$47.00	70%
D6103	Injertos de hueso para el arreglo de un defecto por periimplantitis, <i>uno por diente cada 3 años calendario</i>	\$263.00	70%
D6110	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, maxilar, <i>un arco dentario maxilar (D6110, D6112, D6114 o D6116) cada 5 años calendario</i>	\$907.00	70%
D6111	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, mandibular, <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$907.00	70%
D6112	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, maxilar, <i>1 cada 5 años calendario (ya sea D5110 o D5211 o D5213 o D5221 o D5223 o D5225 o D5227 o D6110 o D6112) por paciente por arco dentario</i>	\$573.00	70%
D6113	Dentadura postiza extraíble sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, mandibular, <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$573.00	70%
D6114	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, maxilar, <i>un arco dentario maxilar (D6110, D6112, D6114 o D6116) cada 5 años calendario</i>	\$954.00	70%

D6115	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario sin dientes, mandibular, <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$954.00	70%
D6116	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, maxilar, <i>un arco dentario maxilar (D6110, D6112, D6114 o D6116) cada 5 años calendario</i>	\$842.00	70%
D6117	Dentadura postiza fija sostenida con implantes o diente de soporte para arco dentario parcial sin dientes, mandibular, <i>un arco dentario mandibular (D6111, D6113, D6115 o D6117) cada 5 años calendario</i>	\$842.00	70%
D6194	Corona de retención sostenida con dientes de soporte, FPD, titanio y aleaciones de titanio, <i>una cada año calendario</i>	\$400.00	70%
D6200-D6999	IX. PROSTODONCIA , fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])		
- <i>El reemplazo de una corona, pónico, incrustación inlay, restauración onlay o dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años o más de antigüedad.</i>			
- <i>Un pónico (D6210, D6211, D6212, D6214, D6240, D6241, D6242, D6243, D6245, D6250, D6251 o D6252) por diente cada 5 años calendario</i>			
- <i>D6607, D6608, D6609, D6610, D6611, D6612, D6613, D6614 o D6615) por diente cada 5 años calendario</i>			
D6210	Pónico, molde con alto contenido de metal noble	\$400.00	70%
D6211	Pónico, molde de metal base principalmente	\$400.00	70%
D6212	Pónico, molde de metal noble	\$400.00	70%
D6214	Pónico, titanio y aleaciones de titanio	\$412.00	70%
D6240	Pónico, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$400.00	70%
D6241	Pónico, porcelana fundida de metal base principalmente	\$400.00	70%
D6242	Pónico, porcelana fundida con metal noble	\$400.00	70%
D6243	Pónico, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$400.00	70%
D6245	Pónico, porcelana o cerámica	\$400.00	70%
D6250	Pónico, resina con alto contenido de metal noble	\$200.00	70%
D6251	Pónico, resina de metal base principalmente	\$200.00	70%
D6252	Pónico, resina con metal noble	\$200.00	70%
D6600	Incrustación inlay de retención, porcelana o cerámica, dos superficies	\$400.00	70%

D6601	Incrustación inlay de retención, porcelana o cerámica, tres o más superficies	\$400.00	70%
D6602	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$375.00	70%
D6603	Incrustación inlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$375.00	70%
D6604	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies	\$350.00	70%
D6605	Incrustación inlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$350.00	70%
D6606	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, dos superficies	\$360.00	70%
D6607	Incrustación inlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies	\$360.00	70%
D6608	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, dos superficies	\$400.00	70%
D6609	Incrustación onlay de retención, porcelana o cerámica, tres o más superficies	\$400.00	70%
D6610	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	\$375.00	70%
D6611	Incrustación onlay de retención, molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	\$375.00	70%
D6612	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, dos superficies	\$350.00	70%
D6613	Incrustación onlay de retención, molde de metal base principalmente, tres o más superficies	\$350.00	70%
D6614	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, dos superficies	\$360.00	70%
D6615	Incrustación onlay de retención, molde de metal noble, tres o más superficies	\$360.00	70%
D6720	Corona de retención, resina con alto contenido de metal noble	\$200.00	70%
D6721	Corona de retención, resina de metal base principalmente	\$200.00	70%
D6722	Corona de retención, resina con metal noble	\$200.00	70%
D6740	Corona de retención, porcelana o cerámica	\$400.00	70%
D6750	Corona de retención, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$400.00	70%

D6751	Corona de retención, porcelana fundida de metal base principalmente	\$400.00	70%
D6752	Corona de retención, porcelana fundida con metal noble	\$400.00	70%
D6753	Corona de retención, porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$359.00	70%
D6780	Corona de retención, molde de 3/4 con alto contenido de metal noble	\$400.00	70%
D6781	Corona de retención, molde de 3/4 de metal base principalmente	\$400.00	70%
D6782	Corona de retención, molde de 3/4 de metal noble	\$400.00	70%
D6783	Corona de retención, 3/4 de porcelana o cerámica	\$421.00	70%
D6784	Corona de retención, 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	\$840.00	70%
D6790	Corona de retención, molde completo con alto contenido de metal noble	\$400.00	70%
D6791	Corona de retención, molde completo de metal base principalmente	\$400.00	70%
D6792	Corona de retención, molde completo de metal noble	\$400.00	70%
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$60.00	70%
D6940	Dispositivo dental para el estrés, <i>uno cada 5 años calendario</i>	\$25.00	70%
D6980	Arreglo de dentadura postiza fija parcial por causa de falla del material restaurador, <i>uno cada 2 años calendario</i>	\$25.00	70%
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe	Sin costo	70%
D7000-D7999		X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL	
- Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento con anestesia local.			
- Las extirpaciones y extracciones se limitan a tres procedimientos cada año calendario (cualquier combinación de D7140 a D7251) e incluyen la extracción incidental de un quiste o lesión adherida a la(s) raíz(es)			
D7111	Extracción, restos coronales, dientes primarios, una extracción por diente de por vida	Sin costo	70%
D7140	Extracción de dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps), una extracción por diente de por vida	\$40.00	70%
D7210	Extracción de dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o segmentación del diente e incluye la	\$140.00	70%

	elevación del colgajo mucoperióstico si así está indicado, <i>una extracción por diente de por vida</i>		
D7220	Extracción del diente traumatizado, tejido blanco, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$210.00	70%
D7230	Extracción del diente traumatizado, apoyo óseo parcial, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$290.00	70%
D7240	Extracción del diente traumatizado, apoyo óseo total, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$360.00	70%
D7241	Extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales, <i>1 extracción por diente de por vida</i>	\$350.00	70%
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte), <i>extracción por diente de por vida</i>	\$210.00	70%
D7251	Coronectomía, extracción parcial intencional de dientes, solo dientes traumatizados, <i>una extracción por diente de por vida</i>	\$350.00	70%
D7252	Extracción parcial para la colocación inmediata del implante	\$140.00	70%
D7259	Disección de nervios, solo se cubre cuando se realiza junto con la extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin costo	70%
D7270	Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente, <i>una por diente de por vida</i>	\$340.00	70%
D7280	Exposición de un diente no erupcionado, <i>una por diente de por vida</i>	\$210.00	70%
D7282	Movilización de un diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a la dentición, <i>una por diente de por vida</i>	\$290.00	70%
D7283	Colocación de un aparato que facilite la dentición de un diente traumatizado, <i>una por diente de por vida</i>	\$250.00	70%
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal, blando, no incluye procedimientos patológicos de laboratorio, <i>una por día</i>	\$80.00	70%
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante, <i>una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida</i>	\$84.00	70%
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, <i>una (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida</i>	\$150.00	70%

D7320	Alveoloplastia no junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante, <i>una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida</i>	\$170.00	70%
D7321	Alveoloplastia no junto con extracciones, uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante, <i>una (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida</i>	\$170.00	70%
D7340	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelización secundaria), <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$203.00	70%
D7350	Vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluidos los injertos de tejido blando, la reconexión muscular, la revisión de la conexión del tejido blando y el tratamiento del tejido hipertrofiado e hiperplásico), <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$346.00	70%
D7450	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico, diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm, <i>una por día</i>	\$380.00	70%
D7451	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico, diámetro de la lesión de más de 1.25 cm, <i>una por día</i>	\$380.00	70%
D7471	Extracción de exostosis lateral (hueso maxilar o mandibular), <i>una por cuadrante de por vida</i>	\$330.00	70%
D7472	Extracción de rodete palatino, <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$330.00	70%
D7473	Extracción de rodete mandibular, <i>una por cuadrante de por vida</i>	\$338.00	70%
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, <i>una por día</i>	\$40.00	70%
D7922	Colocación de vendaje biológico encajado para ayudar en la hemostasia o la estabilización del coágulo, por sitio, <i>se incluye en el cargo por el servicio realizado</i>	\$15.00	70%
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco dentario, <i>una por arco dentario de por vida</i>	\$170.00	70%
D7971	Extirpación de encía pericoronaria, <i>una por diente de por vida</i>	\$120.00	70%
D8000-D8999	XI. DE ORTODONCIA: sin cobertura		
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS		
- Se permite un máximo de 60 minutos de anestesia general o sedación moderada intravenosa por fecha de servicio. Las unidades adicionales no se pueden facturar al paciente ni a Delta Dental			
- Se permite un D9222 por día y todos los D9222 posteriores se convertirán en D9223			

<i>- Se permite un D9239 por día y todos los D9239 posteriores se convertirán en D9243</i>			
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general, <i>se incluye en el cargo por el servicio realizado</i>	Sin costo	70%
D9222	Sedación profunda o anestesia general, primeros 15 minutos	\$75.00	70%
D9223	Sedación profunda o anestesia general, cada incremento de 15 minutos, <i>3 D9223 por día</i>	\$75.00	70%
D9230	Inhalación de óxido nitroso o ansiólisis, analgesia, <i>tres cada año calendario</i>	\$22.00	70%
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente), primeros 15 minutos	\$102.00	70%
D9243	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente), cada incremento de 15 minutos, <i>3 D9243 por día</i>	\$43.00	70%
D9248	Sedación en estado consciente no intravenosa, <i>tres cada año calendario</i>	\$96.00	70%
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud, <i>se incluye en el cargo de otros servicios</i>	Sin costo	Sin costo
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación completa y detallada del tratamiento, <i>se incluye en el cargo de evaluaciones de la boca</i>	Sin costo	10%
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	Sin costo	10%
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	Sin costo	10%
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	Sin costo	10%
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	Sin costo	10%
D9943	Ajuste de protector oclusal, <i>uno cada año calendario</i>	\$10.00	70%
D9944	Protector oclusal, dispositivo duro, arco dentario completo, <i>se limita a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años, uno cada 5 años calendario (D9944, D9945, D9946)</i>	\$300.00	70%
D9945	Protector oclusal, dispositivo blando, arco dentario completo, <i>se limita a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años, uno cada 5 años calendario (D9944, D9945, D9946)</i>	\$300.00	70%

D9946	Protector oclusal, dispositivo duro, arco dentario parcial, <i>se limita a 1 D9944, D9945 o D9946 en 3 años, uno cada 5 años calendario (D9944, D9945, D9946)</i>	\$300.00	70%
D9986	Citas perdidas, <i>sin aviso de cancelación con 24 horas de anticipación, hasta un límite máximo general de \$40.00</i>	Sin costo	70%
D9987	Citas canceladas, <i>sin aviso de cancelación con 24 horas de anticipación, hasta un límite máximo general de \$40.00</i>	Sin costo	70%
D9990	Servicios de traducción certificada o lenguaje de señas, por visita	\$17.00	70%
D9991	Administración de casos dentales, abordar las barreras de cumplimiento de citas, <i>se incluye en el cargo</i>	Sin costo	Sin costo
D9992	Administración de casos dentales, coordinación de la atención, <i>se incluye en el cargo</i>	Sin costo	Sin costo
D9995	Teleodontología, sincrónica, encuentro en tiempo real	Sin costo	Sin costo
D9996	Teleodontología, asincrónica, se almacenó y envió la información al dentista para su revisión, posterior	Sin costo	Sin costo
D9997	Administración de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud	\$70.00	70%

* *El copago del afiliado dentro de la red es la cantidad que el paciente paga por el procedimiento indicado. Los copagos se aplican a los proveedores de PPO.*

** *El límite máximo de la designación fuera de la red es la cantidad máxima que Delta Dental pagará por el procedimiento indicado.*

NOTA: *Los procedimientos descritos y los copagos y los límites máximos de las designaciones indicados en este cuadro están sujetos a los términos del contrato y a las políticas de procesamiento estándar de Delta Dental. Cualquier procedimiento que no se incluya en este programa no está cubierto. Los copagos dentro de la red están sujetos a cambios cada año. Este plan puede actualizarse para cumplir con el CDT.*

ANEXO C

LIMITACIONES Los servicios que son más costosos que la forma de tratamiento proporcionada habitualmente bajo 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 restauración de resina compuesta en lugar de una restauración de amalgama en los dientes posteriores, con la excepción de las superficies faciales de los dientes premolares;
- b. una corona donde un empaste restauraría el diente;
- c. una incrustación onlay en lugar de una restauración de amalgama;
- d. porcelana, resina o materiales similares para coronas colocadas en una segunda o tercera muela maxilar, o en cualquier muela mandibular (se permitirá el uso de porcelana fundida en una corona de alto contenido de metal noble); o
- e. una sobredentadura en lugar de una dentadura postiza.

Si un afiliado recibe servicios opcionales, se permitirá un beneficio alternativo, lo que significa que el plan pagará los beneficios en el costo más bajo del servicio alternativo o la práctica estándar en lugar de basarse en el costo más elevado del servicio opcional. El afiliado será responsable de cubrir la diferencia entre el costo más elevado del servicio opcional y el costo más bajo del servicio alternativo o del procedimiento estándar.

2) Limitaciones sobre exámenes y limpiezas:

- a. Delta Dental pagará los exámenes bucales (excepto los exámenes que se realicen fuera del horario habitual y con fines de observación), siempre y cuando no sean más de dos veces por año calendario.
- b. Delta Dental pagará una (1) evaluación completa de la boca o una evaluación periodontal completa por proveedor o ubicación cada tres (3) años calendario.
- c. Delta Dental pagará la profilaxis (limpiezas de rutina), las limpiezas de mantenimiento periodontal, la limpieza de sarro en presencia de inflamación o cualquier combinación de los mismos dos veces en un año calendario.
- d. Se permite un desbridamiento bucal completo una vez cada dos (2) años calendario.
- e. Las limpiezas periodontales y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como beneficios mayores, 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 intrabucales 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 o un (1) conjunto de radiografías de mordida en un año calendario. Las radiografías de mordida de cualquier tipo están denegadas en los 6 meses posteriores 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 mordida de cualquier tipo se incluyen en el cargo de una serie completa cuando se toman en los 6 meses posteriores 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 se permiten una vez cada dos (2) años calendario cuando no se realice un tratamiento definitivo.
 - 6) Las consultas con especialistas se limitan a una vez de por vida por proveedor. Las revisiones y las evaluaciones de los 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 compuestos de resina (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 de protección (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 endodoncia y la terapia pulpar (empaste reabsorbible) se limitan a una vez de por vida por diente. El tratamiento posterior de la terapia de conducto radicular realizado por el mismo proveedor o consultorio de un proveedor en un plazo de dos (2) años calendario se considera parte del procedimiento original.
 - 10) Los tratamientos posteriores o las terapias de conducto radicular se limitan a no más de dos (2) en un año calendario.
 - 11) El tratamiento posterior de una cirugía apical realizado por el mismo proveedor o consultorio de un proveedor en un plazo de 2 años calendario 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 el 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 cada tres (3) años calendario e incluye cualquier reingreso quirúrgico o limpieza de sarro periodontal 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 sólo 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 son un beneficio conjunto con injertos de tejidos blandos en la misma área quirúrgica.
- d. La cirugía periodontal está sujeta a un período de espera de 30 días después de la limpieza de sarro 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 realiza el mismo consultorio de un proveedor.
- 14) Los servicios de cirugía bucal que están cubiertos bajo el plan dental se cubren una vez por diente, cuadrante o arco dentario de por vida. La excepción es la eliminación de quistes y lesiones, y los procedimientos de incisión y drenaje, los cuales se cubren una vez en el mismo día.
- 15) Las extracciones se limitan a no más de tres (3) en un año calendario.
- 16) 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.
- 17) Las coronas y las incrustaciones onlay se limitan a no más de dos (2) en un año calendario.
- 18) La reconstrucción del muñón, incluidas espigas, se cubre una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario.
- 19) Los servicios de perno-muñón se cubren una vez por diente en un periodo de cinco (5) años calendario.
- 20) 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 posteriores a la colocación inicial.
- 21) 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.
- 22) Los implantes que se proporcionaron bajo cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán solo después de que hayan pasado cinco (5) años calendario. Los aparatos de prostodoncia o prótesis sostenidas con implantes proporcionados bajo 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 con implantes que no se hayan proporcionado bajo el programa de Delta Dental se llevará a cabo si Delta Dental determina que no sirven para el fin necesario y no se pueden arreglar.

- 23) Los implantes y las prótesis sostenidas con implantes están limitados a no más de dos (2) en un año calendario.
- 24) El cargo por acceder y volver a apretar un tornillo de implante suelto está incluido en el cargo de entrega de la prótesis sostenida con implantes, cuando se realiza dentro de los 6 meses posteriores a la colocación de la prótesis. Los arreglos de prótesis sostenidas con implantes o dientes de soporte (coronas, puentes y dentaduras postizas), forman parte del procedimiento protésico, cuando se realizan dentro de los 6 meses posteriores a la prótesis inicial, por el mismo dentista o consultorio dental.
- 26) La técnica Socket Shield, extracción parcial de la raíz de un diente en el momento de la colocación del implante, solo se considera un beneficio cuando se realiza con la colocación simultánea del implante.
- 27) Los medios de apoyo que facilitan el diagnóstico y el tratamiento se consideran parte de los cargos correspondientes al tratamiento definitivo y están incluidos en ellos.
- 28) Cuando se coloque un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial extraíble en el mismo arco dentario y en el mismo episodio de tratamiento, sólo la dentadura postiza parcial será un beneficio.
- 29) La recementación de coronas, incrustaciones inlay, incrustaciones onlay o puentes se incluye en el cargo por la corona, la incrustación inlay, la restauración onlay 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, una por diente cada dos (2) años calendario.
- 30) 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 la atención de rutina posterior a la entrega del servicio e incluye los ajustes y recubrimientos durante los primeros seis (6) meses después de la colocación.
 - a. El rebasado de dentaduras postizas 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 colocación. Después de los primeros seis (6) meses siguientes a 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 ajustes durante tres (3) meses después de la colocación. Después de los primeros tres (3) meses siguientes a 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 de tejidos está limitado a uno (1) por arco dentario en un 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 vez cada dos (2) años calendario.

31) La disección de nervios forma parte de ese procedimiento de extracción cuando se realiza junto con la extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales. De lo contrario, la disección de nervios no se considera un beneficio.

EXCLUSIONES

Delta Dental no paga beneficios por lo siguiente:

- 1) Servicios que no se incluyen en el **Anexo B**: 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) Cirugías cosméticas o procedimientos por razones meramente cosméticas.
- 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) Cargos por anestesia, excepto la anestesia general y la sedación intravenosa (IV, por sus siglas en inglés) administradas por un proveedor en relación con una cirugía bucal cubierta o con procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia seleccionados. La anestesia local y la anestesia regional o por bloqueo del trigémino no son procedimientos que se paguen por separado.
- 11) Injerto extraoral, (el uso de injertos autógenos tomados de otras partes no orales del cuerpo del afiliado). Este lenguaje no pretende excluir los injertos no autógenos obtenidos de bancos de tejidos u otros fabricantes.
- 12) Implantes provisionales e implantes endoóseos de endodoncia.

- 13) Incrustaciones inlay u onlay a base de resina fabricadas indirectamente.
- 14) 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.
- 15) Tratamientos realizados por alguien que no sea un proveedor o una persona que por ley pueda trabajar bajo la supervisión directa de un proveedor.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) Procedimientos que tengan un pronóstico dudoso con base en la revisión profesional que haga un especialista dental de la documentación presentada.
- 19) 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.
- 20) Deducibles, cantidades que superen los límites máximos del plan o cualquier servicio que no esté cubierto bajo el plan dental.
- 21) 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.
- 22) Servicios para el tratamiento de ortodoncia (tratamiento de maloclusión de dientes y mandíbula).
- 23) Servicios para cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ, por sus siglas en inglés) o los músculos, nervios y otros tejidos asociados.
- 24) 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.
- 25) Citas perdidas o canceladas.
- 26) Servicios o materiales para el óxido de nitrógeno.

- 27) Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- 28) Asesoría para el control y la prevención de efectos adversos sobre la salud oral, conductual y sistémica asociados con el consumo de sustancias de alto riesgo.
- 29) Acciones tomadas para programar y garantizar el cumplimiento de las citas con los pacientes están incluidas en las operaciones de la oficina 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 bucal.
- 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 por servicios de teleodontología se consideran incluidas en la administración general del paciente y no son un servicio que se paga por separado.