

---

## ANEXO DE BENEFICIOS DENTALES



IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

### IMPERIAL HEALTH PLAN OF CALIFORNIA (HMO) (HMO SNP)

***Número de grupo: 22392-00007, 00008, 00009***

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

Imperial Health Plan es una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por su siglas en inglés) o Plan de Necesidades Especiales de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO SNP, por sus siglas en inglés) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan y aplican las limitaciones y exclusiones del área. Los beneficios varían según el plan y aplican las limitaciones y exclusiones del área. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) para obtener más información. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de Imperial Health Plan (HMO) (HMO SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros o consulte su Evidencia de cobertura para más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios fuera de la red.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Imperial no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla inglés, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles para usted. También se ofrecen sin cargo ayudas y servicios auxiliares adecuados para proveer información en formatos accesibles. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) o hable con su proveedor. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género. Imperial no excluye a ninguna persona ni la trata injustamente por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles, sin costo alguno, las ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar la información en formatos accesibles. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Administrado por:



Delta Dental of California

## **Índice**

INTRODUCCIÓN .....	1
DEFINICIONES .....	2
CONDICIONES SEGÚN LAS CUALES SE PROPORCIONAN LOS BENEFICIOS.....	2
CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR .....	3
CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES.....	4

## **Anexos**

ANEXO A DEDUCIBLES, LÍMITES MÁXIMOS Y NIVELES DE BENEFICIOS DEL PLAN
ANEXO B SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES
ANEXO C CÓDIGOS Y DESCRIPCIONES DE PROCEDIMIENTOS DENTALES

## INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental para **Imperial Health Plan**. Su plan está administrado por Delta Dental of California (“Delta Dental”). Nuestro objetivo es brindarle cuidado dental de alta calidad y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere a tener un problema para ver al dentista, sino que le vea regularmente.

### **Cómo usar este Anexo de beneficios**

Este Apéndice de beneficios dentales (“Plan”), que incluye el Anexo A, Deducibles, Límites Máximos y Niveles de Beneficios del Plan; el Anexo B, Servicios, Limitaciones y Exclusiones; y el Anexo C, Códigos y Descripción de Procedimientos Dentales, explica los términos y condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarlo a aprovechar al máximo su plan dental. Lea este folleto con cuidado y por completo. Las palabras “nosotros”, “nos” y “nuestros” siempre hacen referencia a Delta Dental.

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

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

### **Póngase en contacto con nosotros**

Para obtener más información, visite ([es.deltadentalins.com](https://es.deltadentalins.com)) o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al (888)-643-3239 (TTY 711) de 8:00 a. m. hora del Este a 8:00 p. m. hora del Pacífico. Un representante de Servicio al Cliente podrá responder las preguntas que usted tenga acerca de cómo obtener el cuidado dental, ayudarlo a ubicar a un Proveedor Participante de Delta Dental, explicarle los Beneficios, consultar el estado de una reclamación y ayudarlo a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental llamando al (888)-643-3239 durante el horario comercial habitual para obtener información acerca de la elegibilidad y los Beneficios de los Miembros, el estado de una reclamación o para hablar con un Representante de Servicio al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere comunicarse con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta a la siguiente dirección:

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

## DEFINICIONES

**Proveedores de Delta Dental PPO (Proveedor Participante de la Organización de proveedores preferentes [PPO, por sus siglas en inglés]):** se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología cuando y donde se haya realizado y que haya firmado un contrato con Delta Dental. Los miembros que residen en los códigos postales 90005, 90006 y 90010 solo pueden obtener servicios de Proveedores Participantes de la PPO.

**Proveedores de Delta Dental Premier (Proveedor Participante de Premier):** se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología cuando y donde se haya realizado y que haya firmado un contrato con Delta Dental. Los miembros que residen en los códigos postales 90005, 90006 y 90010 solo pueden obtener servicios de Proveedores Participantes de Premier.

**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 cuando y donde se haya realizado y que haya firmado un contrato con Delta Dental para aceptar participar en este Medicare Advantage Plan y proporcionar servicios cubiertos a los Miembros.

## CONDICIONES SEGÚN LAS CUALES SE PROPORCIONAN LOS BENEFICIOS

El Plan pagará los beneficios por los servicios dentales que se detallan en el Anexo B. El Plan pagará los beneficios solamente 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 se encuentren dentro de los principios de la práctica dental generalmente aceptados. Las reclamaciones se tramitarán de acuerdo con las políticas de procesamiento estándar de Delta Dental. Las políticas de procesamiento pueden ser modificadas 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 solicitar el apoyo de dentistas (especialistas dentales) para que revisen 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. Se aplicarán las Limitaciones y Exclusiones durante el periodo en el cual usted sea miembro del Plan.

Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos individuales que se llevan 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 que se debe pagar conforme al 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.

Si vive en los códigos postales 90005, 90006 y 90010 y recibe servicios dentales de un Proveedor No Participante, los servicios no estarán cubiertos.

## **Presupuesto Previo al Tratamiento**

Las solicitudes de Presupuestos Previos al Tratamiento no son obligatorias; sin embargo, su Proveedor Participante puede presentar un formulario de reclamación a Delta Dental antes de comenzar el tratamiento para mostrar los servicios que se le van a proporcionar a usted. Delta Dental estimará la cantidad de beneficios pagaderos bajo el Plan para los servicios enumerados. Si Delta Dental le solicita a su dentista un presupuesto previo al tratamiento antes de que acepte recibir cualquier tratamiento prescrito, usted tendrá una estimación por adelantado de lo que pagará el Plan y de la diferencia que usted tendrá que pagar. Los beneficios se procesarán de acuerdo con los términos del Plan cuando se realice el tratamiento. Los presupuestos previos al tratamiento tienen validez durante 365 días a menos que otros servicios se reciban después de la fecha del presupuesto previo al tratamiento o hasta que ocurra alguno de los siguientes eventos:

- la fecha de finalización del Plan;
- la fecha de enmienda de los beneficios bajo el Plan, si los servicios en el presupuesto previo al tratamiento son parte de la enmienda;
- la fecha en la que termina su cobertura; o
- la fecha que finalice el acuerdo del proveedor participante con Delta Dental.

El presupuesto previo al tratamiento no garantiza el pago. Es una estimación de la cantidad que pagará el Plan si usted se inscribe y cumple con todos los requisitos del programa del Plan al momento en el que se complete el tratamiento planeado. Es posible que no se tengan en cuenta los deducibles; por esto, recuerde calcular su deducible, si fuera necesario.

## **CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR**

### **Libre elección de dentista dentro de la red**

Reconocemos que la elección de un dentista se ve afectada por numerosos factores y, por lo tanto, respaldamos su derecho a la libertad de elección de su dentista tratante dentro de la red. Esto garantiza que usted tenga 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, puede consultar a distintos Proveedores Participantes en su red.

Un Proveedor Participante es un proveedor de Delta Dental que ha aceptado proporcionar servicios cubiertos en virtud de este Plan Medicare Advantage. Para recibir los beneficios en virtud de este Plan, el cuidado dental que reciba debe estar incluida como servicio cubierto. El Plan no paga beneficios por el cuidado dental que no sea un servicio cubierto. Le recomendamos encarecidamente que verifique que el dentista sea un Proveedor Participante en este Medicare Advantage Plan antes de cada cita. Revise la sección "Cómo se pagan las reclamaciones" para obtener una explicación de los procedimientos de pago a fin de entender el método de pago correspondiente al Proveedor Participante que haya elegido.

### **Cómo localizar a un Proveedor Participante de Delta Dental**

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

- Puede acceder a la información por medio del sitio web de Imperial Health Plan en [www.imperialhealthplan.com](http://www.imperialhealthplan.com)

- Puede hacer búsquedas de proveedores en la página de inicio del micrositio de Imperial Health Plan [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com); o
- Puede llamar sin cargo al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al (888)-643-3239, y un representante le ayudará. Delta Dental puede proporcionarle información sobre la especialidad de un proveedor participante de Delta Dental y la ubicación del consultorio.

## **CÓMO SE PAGAN LAS RECLAMACIONES**

**Los residentes que viven en los códigos postales 90005, 90006 y 90010 que deseen recibir servicios dentales tienen la opción de recibir servicios de Proveedores Participantes de la PPO y Proveedores Participantes de Premier además de Proveedores de Medicare Participantes.**

### **Pago de servicios: Proveedor Participante**

Seleccionar un Proveedor Participante le permite al miembro obtener beneficios por los servicios cubiertos que le presten. El pago a un Proveedor Participante se calcula en función del 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 solo será responsable del importe de los costos compartidos por el servicio cubierto.

La parte del límite máximo autorizado del plan que el Plan debe pagar se limita al nivel del 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 el Plan no pague y del cual usted sea responsable. Por lo general, los cargos compartidos son la parte que le corresponde pagar del límite máximo autorizado del plan (coseguro), así como los deducibles, los cargos que superen el límite máximo o los cargos por los servicios no cubiertos.

### **Pago de servicios: Proveedor No Participante**

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

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

## ANEXO A

### Deducibles, límites máximos y niveles de beneficios del plan

**Titular del contrato:** Imperial Health Plan

**Número de grupo:** 22392-00007, 00008, 00009

**Fecha de entrada en vigencia:** 1° de enero de 2026

Categoría de servicios dentales	Proveedores de Medicare Participantes de Delta Dental o Proveedores Participantes de la PPO y de Premier de Delta Dental	Proveedores de Medicare no Participantes
<b>Deducible anual por miembro</b>	Ninguno	No cubierto
<b>Límite Máximo Anual Diagnóstico y Preventivo</b>	\$500 por Miembro por Año Calendario	No cubierto
<b>Límite Máximo Anual para Servicios Básicos y Mayores</b>	Por Miembro por Año Calendario  H5496-005: \$3,000 H5496-012: \$4,000 H5492-016: \$1,500	No cubierto

Niveles de Beneficios del Plan			
<b>Delta Dental pagará o cubrirá los Niveles de Beneficios del Plan de acuerdo con el Límite Máximo Autorizado del Plan para los siguientes servicios:</b>			
Categoría de servicios dentales	Proveedores de Medicare Participantes de Delta Dental <sup>†</sup>	Proveedores Participantes de la PPO y de Premier de Delta Dental <sup>†</sup>	Proveedores de Medicare no Participantes
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>	100 %	100 %	No cubierto
<b>Servicios básicos</b>	100 %	100 %	No cubierto
<b>Servicios mayores</b>	100 %	100 %	No cubierto

<sup>†</sup> El reembolso se basa en los Cargos Contratados del Proveedor de Medicare Participante de Delta Dental para todos los Proveedores de Medicare Participantes y los Cargos Contratados del Proveedor Participante de la PPO y de Premier de Delta Dental para todos los Proveedores Participantes de la PPO y de Premier. Para encontrar Proveedores de Medicare Participantes de Delta Dental, puede buscar [es.deltadentalins.com](https://es.deltadentalins.com).

Los residentes que viven en los códigos postales 90005, 90006 y 90010 que deseen recibir servicios dentales tienen la opción de recibir servicios de Proveedores Participantes de la PPO y Proveedores Participantes de Premier además de Proveedores de Medicare Participantes.

## ANEXO B

### Servicios, limitaciones y exclusiones

**Titular del contrato:** Imperial Health Plan

**Número de grupo:** 22392-00007, 00008, 00009 **Fecha de entrada en vigencia:** 1° de enero de 2026

#### *Descripción de los servicios dentales*

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

- **Servicios de diagnóstico y prevención**

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

- **Servicios básicos**

- (1) Cirugía oral: extracciones y otros procedimientos quirúrgicos (incluidos el cuidado preoperatorio y postoperatorio).
- (2) Anestesia general o sedación por vía intravenosa (IV, por sus siglas en inglés): cuando la administra un proveedor para la cirugía bucal cubierta o para procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados.
- (3) Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
- (4) Periodoncia: tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes.
- (5) Paliativos: tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
- (6) Restauraciones: las restauraciones de amalgama y de resina compuesta (empaste) para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción



- visible de la estructura dura de los dientes ocasionada por el decaimiento).
- (7) Arreglo de dentaduras postizas: arreglo de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos los procedimientos de rebasado y recubrimiento.
- **Servicios mayores**
    - (1) Coronas: tratamiento de lesiones cariosas (decaimiento visible de la estructura dura de los dientes) cuando no sea posible restaurar los dientes con una amalgama o resina compuesta.
    - (2) Prostodoncia: procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y el arreglo de puentes fijos.

### ***Limitaciones***

- (1) Los servicios que son más costosos que la forma de tratamiento proporcionada habitualmente 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 corona donde un empaste restauraría el diente;
- b) porcelana, resina o materiales similares para coronas colocadas en un segundo o tercer molar maxilar, o en cualquier muela mandibular (se permitirá el uso de una corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble); o
- c) una sobredentadura en lugar de una dentadura postiza.

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

- (2) Limitaciones para exámenes y limpiezas:
- a) Delta Dental pagará los exámenes bucales (excepto los exámenes que se realicen fuera del horario normal y con fines de observación), siempre y cuando no sean más de dos (2) veces cada Año Calendario.
  - b) Delta Dental pagará una (1) evaluación completa de la boca o evaluación periodontal completa por proveedor o ubicación cada tres (3) Años Calendario.
  - c) Delta Dental pagará la profilaxis (limpiezas de rutina) incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa de toda la boca, limpiezas de mantenimiento periodontal o cualquier combinación de estas, no más de dos (2) en un Año Calendario.
  - d) Un desbridamiento bucal completo se permite una vez cada dos (2) Años Calendario.
  - e) El mantenimiento periodontal y el desbridamiento de toda la boca están cubiertos como Beneficios básicos y la profilaxis (limpiezas de rutina) está cubierta como Beneficios de diagnóstico y prevención.

- (3) Limitaciones sobre radiografías:
- a) Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo Aceptado por el Proveedor por una serie intraoral completa cuando los cargos por cualquier combinación de imágenes intraorales en una serie única de tratamiento cumplan o excedan el Cargo Aceptado para una serie intraoral completa.
  - b) Cuando se presente una placa panorámica con placas complementarias, y los cargos por las placas complementarias son inferiores al cargo aceptado para una serie intraoral completa, Delta Dental pagará las placas complementarias y la placa panorámica.
  - c) Cuando se presente una placa panorámica junto con placas complementarias, y los cargos superen el cargo aceptado por las series intraorales completas, Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo Aceptado por el proveedor para una serie intraoral completa y el cargo por la placa panorámica será responsabilidad del Miembro.
  - d) Si se toma una placa panorámica junto con una serie intraoral completa, Delta Dental limitará el reembolso al cargo aceptado por el proveedor para la serie intraoral completa, y el cargo de la placa panorámica será responsabilidad del Miembro.
  - e) Un Miembro puede tener una serie intraoral completa o una imagen panorámica una vez cada dos (2) Años Calendario.
  - f) Un Miembro puede realizarse dos (2) radiografías periapicales y un (1) conjunto de radiografías de aleta de mordida por Año Calendario. Las radiografías de aleta de mordida de cualquier tipo están denegadas en los seis (6) meses siguientes a la fecha en la que se haya hecho una serie de radiografías de toda la boca, a menos que lo exijan circunstancias especiales.
- (4) La aplicación tópica de soluciones de flúor se limita a dos veces por año calendario.
- (5) Las pruebas de vitalidad de la pulpa están permitidas una vez cada dos (2) años calendario cuando no se proporcione un tratamiento definitivo.
- (6) Las Consultas con Especialistas se limitan a una vez de por vida por Proveedor.
- (7) Ni Delta Dental ni el Miembro son responsables por el reemplazo de restauraciones de amalgama o de resina compuesta (empastes) en los dos (2) Años Calendario siguientes al tratamiento si el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores proporciona el servicio.
- (8) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente de por vida cuando el tratamiento definitivo no se realice en la misma fecha del servicio.
- (9) La extracción de una restauración indirecta forma parte de un procedimiento restaurativo posterior.
- (10) El tratamiento de conducto se limita a una vez de por vida por diente. El tratamiento posterior del tratamiento de conducto realizado por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores en un plazo de dos (2) Años Calendario se considera parte del procedimiento original.

- (11) El tratamiento de conducto o los tratamientos posteriores se limitan a no más de dos (2) en un Año Calendario.
- (12) El tratamiento posterior de cirugía apical por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores dentro de los dos (2) Años Calendario se considera parte del procedimiento original.
- (13) 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.
- (14) Limitaciones periodontales:
  - a) Los Beneficios para la limpieza de sarro periodontal y alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez cada dos (2) Años Calendario.
  - b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez por cada periodo de tres (3) Años Calendario e incluye cualquier reingreso quirúrgico o limpieza de sarro y alisado radicular.
  - c) Los servicios periodontales, incluidos los injertos de reemplazo óseo, la regeneración tisular guiada, los procedimientos de injertos y los materiales biológicos de apoyo a la regeneración de tejido blando y óseo solo se cubren para el tratamiento de los dientes naturales y no se cubren cuando se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de cresta o implantes. Las regeneraciones tisulares guiadas o los injertos de hueso no constituyen un beneficio conjuntamente con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.
  - d) La cirugía periodontal está sujeta a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante.
  - e) Las limpiezas (profilaxis y mantenimiento periodontal) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular si los proporciona el mismo consultorio de Proveedores.
- (15) Los servicios de cirugía oral cubiertos bajo el plan dental se cubren por diente una sola vez en la vida. La excepción a esto es la extracción de quistes y lesiones, y los procedimientos de incisión y drenaje, los cuales se cubren una vez en el mismo día.
- (16) Las extracciones se limitan a no más de tres (3) cada Año Calendario.
- (17) Cuando se realiza junto con la extracción de un diente traumatizado, apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales, la disección de nervio forma parte de dicho procedimiento de extracción. De lo contrario, la disección de nervio no es un beneficio.
- (18) La anestesia general y sedación intravenosa moderada (en estado consciente) es un Beneficio únicamente cuando lo proporciona un dentista en conjunto con cirugía oral o procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodontales o cuando sea necesario, debido a un estado clínico concurrente. Los Beneficios se limitan a un tipo de anestesia por día.

- (19) La anestesia local y la anestesia regional o por bloqueo de división del trigémino no son procedimientos que puedan pagarse por separado.
- (20) Las coronas se cubren una vez por diente en un periodo de cinco (5) Años Calendario, excepto cuando Delta Dental determine que la corona 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.
- (21) Las coronas se limitan a no más de dos (2) en un Año Calendario.
- (22) La reconstrucción del muñón, incluidas espigas, se cubre una vez por diente en un periodo de cinco (5) Años Calendario.
- (23) Los servicios de perno-muñón se cubren una vez por diente en un periodo de cinco (5) Años Calendario.
- (24) Los arreglos de coronas se cubren una vez por diente cada dos (2) Años Calendario y no se cubren dentro de los dos (2) Años Calendario de la colocación inicial.
- (25) Las reparaciones de dentadura postiza se cubren una vez por Año Calendario, y no se cubren dentro de los seis (6) meses de la colocación inicial.
- (26) Los aparatos de prostodoncia proporcionados por cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán únicamente después de que hayan pasado cinco (5) Años Calendario, excepto cuando Delta Dental determine que existe una pérdida importante de los dientes restantes o un cambio en el tejido de apoyo tal que el puente fijo o la dentadura postiza existente no pueda arreglarse de manera satisfactoria. El reemplazo de un aparato prostodónico que no se proporcione de acuerdo con un programa de Delta Dental se llevará a cabo si Delta Dental determina que el aparato no cumple su función de manera satisfactoria ni puede elaborarse de manera satisfactoria.
- (27) Cuando se coloquen un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial extraíble en el mismo arco dentario, y en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será un Beneficio.
- (28) Delta Dental limita el pago de dentaduras postizas a una dentadura postiza parcial o completa estándar (se aplican los Coseguros del Miembro). Una dentadura postiza estándar hace referencia a un aparato extraíble para reemplazar los dientes permanentes y naturales faltantes, que se fabrica con materiales aceptables mediante métodos convencionales. El pago incluye atención de rutina después de la colocación, incluido cualquier ajuste y recubrimiento por los primeros seis (6) meses después de la colocación.
  - a) El rebasado de dentadura postiza se limita a uno (1) por arco dentario en un periodo de dos (2) años calendario e incluye cualquier recubrimiento y ajuste durante seis (6) meses después de la colocación.
  - b) Las dentaduras postizas, las dentaduras postizas parciales extraíbles y los recubrimientos incluyen ajustes durante los seis (6) meses siguientes a la inserción. Después de los seis (6) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se

- limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a dos (2) por arco dentario en un año calendario.
- c) Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales extraíbles inmediatas incluyen recubrimiento y ajustes durante los tres (3) meses posteriores a la instalación. Después de los tres (3) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a dos (2) por arco dentario en un año calendario.
  - d) El acondicionamiento del tejido se limita a uno (1) por arco dentario por Año Calendario. Sin embargo, el acondicionamiento del tejido no se permite como un beneficio por separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de dentadura postiza, recubrimiento o rebasado.
  - e) La recementación de dentaduras postizas parciales fijas se limita a una cada dos (2) años calendario.

### ***Exclusiones***

#### **Delta Dental no paga beneficios por lo siguiente:**

- (1) Servicios no incluidos en los Códigos y Descripciones de Procedimientos Dentales.
- (2) Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes sobre accidentes de trabajo o responsabilidad patronal; servicios recibidos sin costo por parte de cualquier organismo federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por la ley.
- (3) Cirugía cosmética o procedimientos por razones meramente cosméticas.
- (4) Prótesis maxilofaciales.
- (5) Restauraciones provisionales o temporales. Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos que se puedan pagar por separado y están incluidas en el cargo por el servicio completado.
- (6) Servicios para tratar malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), incluidos, entre otros, 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 congénita de dientes).
- (7) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura de los dientes perdida por desgaste, erosión, abrasión o abfracción, o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes que estén fuera de alineación u oclusión. Algunos ejemplos incluyen, entre otros: equilibrio, ferulización periodontal.
- (8) Cualquier procedimiento único realizado antes de la fecha en la que el Miembro se volvió elegible para recibir servicios de acuerdo con este plan.
- (9) Medicamentos recetados, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales o de investigación.
- (10) Cargos por anestesia, distintos de la anestesia general y la sedación intravenosa.

- (11) Injerto oral adicional, (el uso de injertos autógenos tomados de otras partes del cuerpo no orales del Miembro). Este texto no pretende excluir los injertos no autógenos obtenidos de bancos de tejido u otros fabricantes.
- (12) Implantes provisionales e implantes endoóseos de endodoncia.
- (13) Incrustaciones inlay u onlay a base de resina fabricadas indirectamente.
- (14) Cargos de 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) Tratamiento realizado 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 en los que se incurra 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 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 consultor dental de la documentación presentada.
- (19) Todo impuesto gravado (o en que se incurra) por un gobierno, estado u otra entidad en relación con cualquier cargo que se haga por beneficios proporcionados conforme al Contrato no es un beneficio cubierto. Cualquier impuesto será responsabilidad del Miembro.
- (20) Deducibles, cantidades que superen los límites máximos del plan o cualquier servicio que no esté cubierto por el plan dental.
- (21) Servicios cubiertos bajo el plan dental, pero 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 o mandíbulas).
- (23) Servicios por cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ, por sus siglas en inglés) o de los músculos, nervios y otros tejidos asociados.
- (24) Servicios o suministros para selladores, mantenedores de espacio.

- (25) Citas perdidas o canceladas.
- (26) Servicio o materiales para óxido nítrico.
- (27) Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- (28) Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud oral, conductual y sistemática asociados al uso de sustancias de alto riesgo.
- (29) Los aparatos y accesorios dentales soportados por implante, colocación de implante, mantenimiento, extracción y cualquier otro servicio relacionado con un implante dental.
- (30) Las acciones tomadas para programar y garantizar el cumplimiento de las citas de los pacientes están incluidas en las operaciones del consultorio y no son un servicio que se paga por separado.
- (31) Los cargos para la coordinación de la atención se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.
- (32) Gestión de casos dentales, entrevistas motivacionales y educación del paciente para mejorar la alfabetización en salud oral.
- (33) Procedimientos diagnósticos no ionizantes capaces de cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento.
- (34) Extraoral: radiografía de proyección en 2D y radiografía dental posterior extraoral.
- (35) Pruebas de diabetes.
- (36) Corticotomía (procedimiento de cirugía oral especializado relacionado con la ortodoncia).
- (37) Los cargos de los servicios de teleodontología se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.
- (38) La administración de neuromoduladores no es un beneficio del plan.
- (39) La administración de rellenos dérmicos no es un beneficio del plan.
- (40) Terapia de fotobiomodulación.
- (41) Duplicación de una prótesis o un aparato.

## ANEXO C

### CÓDIGOS Y DESCRIPCIONES DE PROCEDIMIENTOS DENTALES

\*El pago está sujeto a los Límites Máximos Anuales y las Limitaciones y Exclusiones descritas en el Anexo A y B. Para encontrar Proveedores de Medicare Participantes de Delta Dental, puede buscar en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

**Corresponde únicamente para residentes que viven en los códigos postales 90005, 90006 y 90010.**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE COSEGURO	PROVEEDORES PARTICIPANTES DE LA PPO Y DE PREMIER DE DELTA DENTAL  PROVEEDORES DE LA PPO DE MEDICARE	PROVEEDORES DE MEDICARE NO PARTICIPANTES
D0120	Evaluación periódica de la boca: paciente establecido	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0140	Evaluación limitada de la boca: enfocada en el problema	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0150	Evaluación completa de la boca	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca: enfocada en el problema, por informe	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0170	Reevaluación: limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta postoperatoria)	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0171	Reevaluación, visita al consultorio posoperatoria	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0180	Evaluación periodontal completa	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0210	Serie completa de radiografías intraorales	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0220	Primera radiografía periapical intraoral	Diagnóstico	100 %*	No cubierto



D0230	Cada radiografía periapical intraoral adicional	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0240	Radiografía oclusal intraoral	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0270	Radiografía de aleta de mordida, una sola radiografía	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0272	Radiografías de aleta de mordida, dos radiografías	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0273	Radiografías de aleta de mordida, tres radiografías	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0274	Radiografías de aleta de mordida, cuatro radiografías	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0277	Radiografías de aleta de mordida verticales: de siete a ocho radiografías	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0330	Radiografía panorámica	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0414	Proceso de laboratorio para muestra microbiana, cultivo, sensibilidad, preparación, informe	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D0470	Moldes para diagnóstico	Diagnóstico	100 %*	No cubierto
D1110	Profilaxis, adulto	Preventivo	100 %*	No cubierto
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Preventivo	100 %*	No cubierto
D1208	Aplicación tópica de flúor	Preventivo	100 %*	No cubierto
D2150	Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes	Básico	100 %*	No cubierto
D2160	Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes	Básico	100 %*	No cubierto

D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	Básico	100 %*	No cubierto
D2330	Resina compuesta, una superficie, dientes anteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2331	Resina compuesta, dos superficies, dientes anteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2332	Resina compuesta, tres superficies, dientes anteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2335	Resina compuesta: cuatro o más superficies (dientes anteriores)	Básico	100 %*	No cubierto
D2390	Corona de resina compuesta, dientes anteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2391	Resina compuesta: una superficie, dientes posteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2392	Resina compuesta: dos superficies, dientes posteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2393	Resina compuesta: tres superficies, dientes posteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2394	Resina compuesta: cuatro o más superficies, dientes posteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D2710	Corona: resina compuesta (indirecta)	Mayor	100 %*	No cubierto
D2712	Corona: 3/4 de resina compuesta (indirecta)	Mayor	100 %*	No cubierto
D2720	Corona, resina con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2721	Corona: resina con metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto

D2722	Corona, resina con metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2740	Corona, sustrato de porcelana/cerámica	Mayor	100 %*	No cubierto
D2750	Corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2751	Corona: porcelana fundida con metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2780	Corona, 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2781	Corona: 3/4 de molde de metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D2782	Corona, 3/4 de molde de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2783	Corona: 3/4 de porcelana o cerámica	Mayor	100 %*	No cubierto
D2790	Corona, molde completo con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2791	Corona: molde completo de metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D2792	Corona, molde completo de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D2910	Recementación o readhesión de incrustación inlay, onlay, carilla o restauración de cobertura parcial	Básico	100 %*	No cubierto
D2915	Recementación de molde o perno-muñón prefabricado	Básico	100 %*	No cubierto
D2920	Recementación de corona	Básico	100 %*	No cubierto

D2940	Colocación de restauración directa provisional	Básico	100 %*	No cubierto
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas espigas, cuando se requieran	Mayor	100 %*	No cubierto
D2951	Retención de la espiga: por diente, además de la restauración	Básico	100 %*	No cubierto
D2952	Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente	Mayor	100 %*	No cubierto
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	Mayor	100 %*	No cubierto
D2954	Perno-muñón prefabricado, además de una corona	Mayor	100 %*	No cubierto
D2955	Extracción de perno	Mayor	100 %*	No cubierto
D2957	Cada perno adicional prefabricado, en el mismo diente	Mayor	100 %*	No cubierto
D2971	Procedimiento adicional para personalizar una corona nueva, marco de dentadura postiza parcial existente	Básico	100 %*	No cubierto
D2976	Estabilización de banda, por diente	Básico	100 %*	No cubierto
D2980	Arreglo de corona necesario por falla del material restaurador	Mayor	100 %*	No cubierto
D3110	Recubrimiento de la pulpa: directo (no incluye la restauración final)	Básico	100 %*	No cubierto
D3120	Recubrimiento de la pulpa: indirecto (no incluye la restauración final)	Básico	100 %*	No cubierto

D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	Básico	100 %*	No cubierto
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	Básico	100 %*	No cubierto
D3230	Terapia pulpar, dientes primarios anteriores (no incluye la restauración final)	Básico	100 %*	No cubierto
D3240	Terapia pulpar, dientes primarios posteriores (no incluye la restauración final)	Básico	100 %*	No cubierto
D3310	Endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	Básico	100 %*	No cubierto
D3320	Endodoncia, dientes bicúspides (no incluye la restauración final)	Básico	100 %*	No cubierto
D3330	Endodoncia, muelas (no incluye la restauración final)	Básico	100 %*	No cubierto
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico	Básico	100 %*	No cubierto
D3332	Tratamiento endodóntico incompleto; diente inoperable, no restaurable, fracturado	Básico	100 %*	No cubierto
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna	Básico	100 %*	No cubierto
D3346	Tratamiento posterior a un tratamiento del conducto previo: dientes anteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D3347	Tratamiento posterior de endodoncia previa, dientes bicúspides	Básico	100 %*	No cubierto

D3348	Tratamiento posterior a un tratamiento del conducto previo: molares	Básico	100 %*	No cubierto
D3351	Formación del ápice o recalcificación, consulta inicial	Básico	100 %*	No cubierto
D3352	Formación del ápice o recalcificación, reemplazo provisional del medicamento	Básico	100 %*	No cubierto
D3353	Formación del ápice o recalcificación, consulta final	Básico	100 %*	No cubierto
D3410	Apicectomía: dientes anteriores	Básico	100 %*	No cubierto
D3421	Apicectomía: premolares (primera raíz)	Básico	100 %*	No cubierto
D3425	Apicectomía: molares (primera raíz)	Básico	100 %*	No cubierto
D3426	Apicectomía, (cada raíz adicional)	Básico	100 %*	No cubierto
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	Básico	100 %*	No cubierto
D3450	Amputación de la raíz, por raíz	Básico	100 %*	No cubierto
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma	Básico	100 %*	No cubierto
D3920	Hemisección; no incluye tratamiento de conducto	Básico	100 %*	No cubierto
D3950	Preparación del conducto y ajuste del perno o soporte preformado	Básico	100 %*	No cubierto
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto

D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente	Básico	100 %*	No cubierto
D4240	Procedimiento de colgajo gingival; incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D4241	Procedimiento de colgajo gingival; incluye alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacio delimitado entre dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D4245	Colgajo en posición apical	Básico	100 %*	No cubierto
D4260	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo), cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D4261	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo), de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando	Básico	100 %*	No cubierto
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	Básico	100 %*	No cubierto

D4274	Procedimiento de cuña mesial o distal, diente único	Básico	100 %*	No cubierto
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente	Básico	100 %*	No cubierto
D4277	Injerto de tejido blando libre, primer diente	Básico	100 %*	No cubierto
D4278	Injerto de tejido blando libre, cada diente adicional	Básico	100 %*	No cubierto
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional por sitio	Básico	100 %*	No cubierto
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio	Básico	100 %*	No cubierto
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: de toda la boca, después de la evaluación de la boca	Preventivo	100 %*	No cubierto
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en la consulta posterior	Básico	100 %*	No cubierto
D4910	Mantenimiento periodontal	Básico	100 %*	No cubierto
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	Mayor	100 %*	No cubierto



D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	Mayor	100 %*	No cubierto
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	Mayor	100 %*	No cubierto
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	Mayor	100 %*	No cubierto
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	Mayor	100 %*	No cubierto
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	Mayor	100 %*	No cubierto
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención o ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	100 %*	No cubierto
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención o ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	100 %*	No cubierto
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	100 %*	No cubierto
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	100 %*	No cubierto

D5223	Dentadura postiza inmediata parcial maxilar: molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	100 %*	No cubierto
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Mayor	100 %*	No cubierto
D5282	Dentadura postiza parcial extraíble unilateral, molde de metal de una pieza, maxilar	Mayor	100 %	No cubierto
D5283	Dentadura postiza parcial extraíble unilateral, molde de metal de una pieza, mandibular	Mayor	100 %*	No cubierto
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Mayor	100 %*	No cubierto
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	Mayor	100 %*	No cubierto
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	Mayor	100 %*	No cubierto
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	Mayor	100 %*	No cubierto
D5511	Arreglo de base de la dentadura postiza completa fracturada, mandibular	Básico	100 %*	No cubierto
D5512	Arreglo de base de la dentadura postiza completa fracturada, maxilar	Básico	100 %*	No cubierto
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa, por diente	Básico	100 %*	No cubierto

D5611	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, mandibular	Básico	100 %*	No cubierto
D5612	Arreglo de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar	Básico	100 %*	No cubierto
D5621	Arreglo del molde para estructura parcial, mandibular	Básico	100 %*	No cubierto
D5622	Arreglo del molde para estructura parcial, maxilar	Básico	100 %*	No cubierto
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho roto: por diente	Básico	100 %*	No cubierto
D5640	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente	Básico	100 %*	No cubierto
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente: por diente	Básico	100 %*	No cubierto
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente: por diente	Básico	100 %*	No cubierto
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal, maxilar	Básico	100 %*	No cubierto
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal, mandibular	Básico	100 %*	No cubierto
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	Básico	100 %*	No cubierto
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	Básico	100 %*	No cubierto
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	Básico	100 %*	No cubierto
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	Básico	100 %*	No cubierto

D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (directo)	Básico	100 %*	No cubierto
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	Básico	100 %*	No cubierto
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (directo)	Básico	100 %*	No cubierto
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (directo)	Básico	100 %*	No cubierto
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	Básico	100 %*	No cubierto
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (indirecto)	Básico	100 %*	No cubierto
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto)	Básico	100 %*	No cubierto
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto)	Básico	100 %*	No cubierto
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar	Mayor	100 %*	No cubierto
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular	Mayor	100 %*	No cubierto
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	Mayor	100 %*	No cubierto
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	Mayor	100 %*	No cubierto

D6210	Póntico, molde con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6211	Póntico: molde de metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D6212	Póntico, molde de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6240	Póntico, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D6242	Póntico, porcelana fundida con metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6245	Póntico: porcelana o cerámica	Mayor	100 %*	No cubierto
D6250	Póntico, resina con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6251	Póntico: resina con metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D6252	Póntico, resina con metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6545	Retenedor, molde de metal para prótesis fija unida con resina	Mayor	100 %*	No cubierto
D6548	Retenedor, porcelana o cerámica para prótesis fija unida con resina	Mayor	100 %*	No cubierto
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija unida con resina	Mayor	100 %*	No cubierto
D6720	Corona de retención: resina con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6721	Corona de retención: resina con metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto

D6722	Corona de retención, resina con metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6740	Corona de retención: porcelana o cerámica	Mayor	100 %*	No cubierto
D6750	Corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6751	Corona de retención: porcelana fundida con metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D6752	Corona de retención, porcelana fundida con metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6780	Corona de retención, 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6781	Corona de retención: 3/4 de molde de metal base predominantemente	Mayor	100 %*	No cubierto
D6782	Corona de retención, 3/4 de molde de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6783	Corona de retención: 3/4 de porcelana o cerámica	Mayor	100 %*	No cubierto
D6790	Corona de retención, molde completo con alto contenido de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6791	Corona de retención: molde completo de metal base principalmente	Mayor	100 %*	No cubierto
D6792	Corona de retención, molde completo de metal noble	Mayor	100 %*	No cubierto
D6930	Recementación de dentadura postiza parcial fija	Mayor	100 %*	No cubierto
D6980	Arreglo de dentadura postiza parcial fija necesario por falla del material restaurador	Mayor	100 %*	No cubierto

D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Básico	100 %*	No cubierto
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado	Básico	100 %*	No cubierto
D7220	Extracción de un diente traumatizado: tejido blando	Básico	100 %*	No cubierto
D7230	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo parcial	Básico	100 %*	No cubierto
D7240	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo total	Básico	100 %*	No cubierto
D7241	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Básico	100 %*	No cubierto
D7261	Cierre primario de una perforación de la cavidad nasal	Básico	100 %*	No cubierto
D7250	Extracción de la raíz residual del diente (procedimiento de corte)	Básico	100 %*	No cubierto
D7270	Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente	Básico	100 %*	No cubierto
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	Ortodoncia	100 %*	No cubierto
D7283	Colocación de un aparato que facilite la dentición cuando hay impactación	Ortodoncia	100 %*	No cubierto

D7284	Biopsia por extirpación de las glándulas salivales menores	Básico	100 %*	No cubierto
D7285	Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)	Básico	100 %*	No cubierto
D7286	Biopsia de tejido oral, blando	Básico	100 %*	No cubierto
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	Básico	100 %*	No cubierto
D7340	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (epitelización secundaria)	Básico	100 %*	No cubierto
D7350	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (incluye injerto de tejido blando, reacomplamiento de músculo, revisión de la extensión del tejido blando y manejo de tejido hiperplásico e hipertrofiado)	Básico	100 %*	No cubierto
D7410	Extirpación de lesión benigna, de hasta 1.25 cm	Básico	100 %*	No cubierto



D7450	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Básico	100 %*	No cubierto
D7451	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	Básico	100 %*	No cubierto
D7460	Extracción de quiste o tumor benigno no odontogénico: de hasta 1.25 cm	Básico	100 %*	No cubierto
D7461	Extracción de quiste o tumor benigno no odontogénico: de más de 1.25 cm	Básico	100 %*	No cubierto
D7471	Extracción de exostosis lateral (hueso maxilar o mandíbula)	Básico	100 %*	No cubierto
D7472	Extracción del rodete palatino	Básico	100 %*	No cubierto
D7473	Extracción del rodete mandibular	Básico	100 %*	No cubierto
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea	Básico	100 %*	No cubierto
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	Básico	100 %*	No cubierto
D7511	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado	Básico	100 %*	No cubierto
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	Básico	100 %*	No cubierto
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado	Básico	100 %*	No cubierto
D7530	Extracción de cuerpo extraño, mucosa, piel o tejido	Básico	100 %*	No cubierto

D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de un fragmento dental o un cuerpo externo	Básico	100 %*	No cubierto
D7961	Frenectomía oral o labial (frenulectomía)	Básico	100 %*	No cubierto
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	Básico	100 %*	No cubierto
D7963	Frenuloplastia	Básico	100 %*	No cubierto
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco dentario	Básico	100 %*	No cubierto
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria	Básico	100 %*	No cubierto
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	Básico	100 %*	No cubierto
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor de dientes, procedimiento menor	Básico	100 %*	No cubierto
D9120	Segmentación de dentadura postiza parcial fija	Básico	100 %*	No cubierto
D9210	Anestesia local no asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	Básico	100 %*	No cubierto
D9211	Anestesia regional	Básico	100 %*	No cubierto
D9212	Anestesia para bloquear el nervio trigémino	Básico	100 %*	No cubierto
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	Básico	100 %*	No cubierto
D9219	Evaluación para sedación profunda o anestesia general	Básico	100 %*	No cubierto
D9222	Administración de sedación profunda o anestesia general: primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	100 %*	No cubierto

D9223	Administración de sedación profunda o anestesia general: cada incremento de 15 minutos subsecuente o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	100 %*	No cubierto
D9224	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada: primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	100 %	No cubierto
D9225	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada: cada incremento siguiente de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	100 %	No cubierto
D9230	Administración de óxido nitroso	Básico	100 %*	No cubierto
D9239	Administración de sedación moderada, intravenosa: primer incremento de 15 minutos o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	100 %*	No cubierto
D9243	Administración de sedación moderada, intravenosa: cada incremento de 15 minutos subsecuente o cualquier fracción de ese tiempo	Básico	100 %*	No cubierto
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico diferente del dentista o médico solicitante	Diagnóstico y preventivo	100 %*	No cubierto
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud	Diagnóstico y preventivo	100 %*	No cubierto
D9430	Visita al consultorio para observación (en el horario de atención habitual): sin que se proporcionen otros servicios	Diagnóstico y preventivo	100 %*	No cubierto

D9440	Visita al consultorio: después del horario de atención habitual	Diagnóstico y preventivo	100 %*	No cubierto
D9936	Limpieza e inspección del protector oclusal: por aparato	TMJ	100 %*	No cubierto
D9944	Protector oclusal, aparato duro, arco dentario completo	TMJ	100 %*	No cubierto
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco dentario completo	TMJ	100 %*	No cubierto
D9951	Ajuste oclusal: limitado	TMJ	100 %*	No cubierto
D9952	Ajuste oclusal: completo	TMJ	100 %*	No cubierto
D9991	Gestión de casos dentales: obstáculos en el cumplimiento de las citas	Servicios generales	100 %*	No cubierto
D9992	Gestión de casos dentales: coordinación de la atención	Servicios generales	100 %*	No cubierto
D9995	Teleodontología, síncrona: servicios en tiempo real	Servicios generales	100 %*	No cubierto
D9996	Teleodontología, asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior	Servicios generales	100 %*	No cubierto