



GUÍA DE BENEFICIOS DENTALES DE 2020



Alignment Health Plan (AHP) ofrece con orgullo Alignment Dental Plan. Este plan odontológico integral no tiene prima mensual, no tiene deducibles y posee copagos de bajo costo para más de 250 procedimientos que incluyen controles, limpiezas, cuidado de las encías y trabajos de restauración.

Este directorio proporciona una lista de los beneficios odontológicos cubiertos de Alignment Health Plan.

AHP tiene contrato con LIBERTY Dental Plan of California Inc. (LDP) para proporcionarle servicios odontológicos y administrativos.

¡Alignment Dental Plan es asequible y fácil de usar! Prácticamente no hay formularios de reclamo para completar, y este plan odontológico de servicio completo ofrece hasta 50% de descuento en las tarifas de servicios básicos. Los beneficios de remisión de especialidades no tienen un máximo anual o de por vida.

Se convierte automáticamente en miembro de Alignment Dental Plan cuando se convierte en miembro de AHP. Su inscripción tiene vigencia a partir del primer día del mes, después de la fecha en que se suscribió a los servicios. Por ejemplo, si se inscribe el 15 de septiembre, su fecha de vigencia será el 1 de octubre. Si se inscribe durante un Período de Inscripción Inicial o durante el Período de Elección Anual, su fecha de vigencia puede variar.

No es necesario que seleccione un dentista específico en el momento de la inscripción. Sin embargo, debe visitar a los proveedores contratados de LDP para utilizar los beneficios odontológicos. Estos proveedores contratados figuran en el Directorio de Proveedores. Es posible que se hayan agregado o eliminado algunos proveedores de nuestra red después de que se imprimió el directorio. No garantizamos que todos los proveedores sigan aceptando nuevos miembros. También puede encontrar la información más reciente de los proveedores en el sitio web del Alignment Health Plan en alignmenthealthplan.com. Siempre pregunte en el consultorio odontológico antes de recibir los servicios para asegurarse de que sea un proveedor contratado de LIBERTY Dental Plan.

Su dentista determinará la atención adecuada que puede necesitar. Los copagos enumerados en el cuadro se aplican a los servicios solo cuando los receta un proveedor de LDP contratado como un procedimiento necesario, adecuado y apropiado para su afección odontológica.

Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con LIBERTY Dental por teléfono a la línea gratuita (866) 454-3008 de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. (sin incluir los feriados). LIBERTY Dental Plan cuenta con representantes bilingües que pueden ayudarlo en el idioma más conveniente para usted. El cuadro que figura en esta sección muestra todos sus procedimientos odontológicos y copagos cubiertos. No todos los beneficios pueden ser adecuados para usted.



► CÓMO RECIBIR LA ATENCIÓN

Los beneficios odontológicos solo están cubiertos si son brindados por un proveedor contratado de LIBERTY Dental Plan. La única vez que usted puede recibir atención fuera de la red de LIBERTY Dental Plan es para obtener los servicios odontológicos de emergencia que se describen luego en esta sección. Recuerde que siempre debe preguntar en el consultorio odontológico antes de recibir los servicios para asegurarse de que sea un proveedor de LIBERTY Dental Plan.

► ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA

Todos los consultorios odontológicos de atención primaria afiliados a LIBERTY Dental Plan brindan servicios odontológicos de emergencia durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

En caso de que requiera atención odontológica de emergencia, comuníquese con su odontólogo de atención primaria para programar una cita inmediata. Para recibir atención por afecciones odontológicas urgentes o inesperadas que se producen después del horario de atención o durante los fines de semana, comuníquese con su odontólogo de atención primaria para obtener instrucciones sobre cómo proceder.

Si su odontólogo de atención primaria no está disponible, simplemente comuníquese con cualquier odontólogo certificado para recibir atención. LIBERTY Dental Plan le reembolsará los gastos odontológicos hasta un máximo de \$75, menos los copagos aplicables.

Alignment Health Plan brinda cobertura para servicios odontológicos de emergencia solo si los servicios son necesarios para aliviar un dolor intenso o una hemorragia, o si cree, en forma razonable, que el hecho de no recibir un diagnóstico o tratamiento para la afección puede causarle una discapacidad, disfunción o lesión permanente para su salud.

► CÓMO OBTENER ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA

Los servicios y la atención odontológica de emergencia que cubre LIBERTY Dental Plan incluyen, como define

el Código de Salud y Seguridad, un diagnóstico odontológico, un examen, una evaluación realizada por un odontólogo o un especialista en odontología para determinar si existe una afección odontológica de emergencia, y para brindar atención que cumpla con los estándares de atención reconocidos a nivel profesional y alivie cualquier síntoma de emergencia en un consultorio odontológico. Las emergencias médicas y/o psiquiátricas no están cubiertas por LIBERTY Dental Plan si los servicios se brindan en un entorno hospitalario donde están cubiertos por Alignment Health Plan, o si LIBERTY Dental Plan determina que los servicios no fueron de naturaleza odontológica.

Al momento de la cita, su odontólogo puede recomendar otros procedimientos odontológicos que no se encuentren dentro de los beneficios cubiertos. Los servicios que no están cubiertos pueden incluir implantes, metales especiales utilizados para empastes y coronas, u otros servicios. Si su odontólogo recomienda servicios odontológicos que no están cubiertos por este plan, puede hablar con el profesional para ver si hay otras opciones de tratamiento que estén cubiertas. Si elige aceptar los servicios odontológicos que no están cubiertos por este plan, deberá pagar por esos servicios.

► TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO OPCIONAL

El tratamiento odontológico opcional es cualquier procedimiento que consiste en:

- Una actualización de laboratorio odontológico de un material cubierto estándar (se puede aplicar un recargo a los miembros basado en los costos adicionales de laboratorio) o
- Un servicio cubierto más extenso que es una alternativa a un servicio odontológico cubierto adecuado, pero más conservador. Si elige un tratamiento más extenso que el recomendado por su dentista o que es una alternativa a un servicio odontológico cubierto adecuado, pero más conservador, debe pagar la diferencia entre la tarifa habitual y acostumbrada de su consultorio odontológico seleccionado para el tratamiento más extenso, y la tarifa

habitual y acostumbrada para el beneficio cubierto. También debe pagar el copago por los beneficios cubiertos que se enumeran en la tabla de procedimientos odontológicos.

En ocasiones, hay varias opciones clínicas que son reconocidas profesionalmente y que su odontólogo podría considerar para usted. Para garantizar que reciba beneficios odontológicos aceptables de manera consistente, LDP publica sus Políticas Administrativas Aplicables (GAP) y otros criterios y pautas clínicas, y los distribuye a los odontólogos contratados.

Este documento se revisa periódicamente para incorporar las pautas en base a las cuales algunos tratamientos deben considerarse cubiertos u opcionales. Su odontólogo puede consultar estas pautas para determinar el plan de tratamiento que se utilizará.

► **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA**

La atención odontológica de emergencia es cualquier servicio odontológico (proporcionado dentro o fuera del área de servicio de Alignment Health Plan) que se requiere para el tratamiento del dolor intenso, la hinchazón, el sangrado o el diagnóstico y el tratamiento de afecciones odontológicas imprevistas que, si no se tratan de inmediato, pueden provocar discapacidad, disfunción o daño permanente a su salud.

► **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA EN EL ÁREA**

Si cree que necesita atención odontológica de emergencia y se encuentra dentro del área de servicio de Alignment Health Plan, llame a su odontólogo general seleccionado de inmediato. El personal del consultorio odontológico le recomendará qué hacer. Su consultorio odontológico está disponible en caso de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

► **ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA**

Si se encuentra fuera del área de servicio de Alignment Health Plan y necesita atención odontológica de emergencia, puede visitar a cualquier odontólogo con licencia. Los servicios que reciba del odontólogo fuera del área están cubiertos hasta \$75 (menos los copagos de los miembros correspondientes) siempre que una transferencia a un proveedor de la red sea un riesgo

para su salud. Para obtener el reembolso, envíe su solicitud de reembolso, recibo de pago y descripción de los servicios provistos por escrito a:

Alignment Health Plan
Attn: Member Services Department
1100 W. Town and Country Rd., Suite 300
Orange, CA 92868

Existen límites de tiempo para presentar reclamos de reembolso. En general, las facturas de reembolso deben enviarse a LDP dentro de los 6 meses posteriores a la fecha del servicio, a menos que exista un motivo para presentarlas más tarde.

► **DENEGACIÓN DE UN RECLAMO DE REEMBOLSO POR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE EMERGENCIA FUERA DEL ÁREA**

Si su reclamo de reembolso por atención odontológica de emergencia fuera del área se rechaza de forma parcial o total, LDP le notificará por escrito la decisión. El aviso establece el motivo específico de la denegación y le informa que puede solicitar una reconsideración de la denegación.

Para solicitar una revisión de la denegación o denegación parcial, envíe una notificación por escrito a Alignment Health Plan dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de la notificación de denegación.

► **OBTENCIÓN DE UNA REMISIÓN A UN ESPECIALISTA ODONTOLÓGICO**

Su odontólogo de atención primaria seleccionado evaluará si necesita una remisión a un especialista odontológico. En casos de emergencias odontológicas que requieren la atención de un especialista, su odontólogo de atención primaria seleccionado se comunicará con LDP por teléfono para solicitar una remisión de emergencia. Para remisiones que no son de emergencia, se aplican los siguientes procedimientos:

- Su odontólogo de atención primaria seleccionado completa un formulario de remisión por escrito para usted y lo envía por correo a LDP.
- El personal de LDP procesa la solicitud de remisión y solicita su revisión por un odontólogo. La remisión, si es aprobada por LDP, se hace a un especialista contratado con LDP que trabaje en su área. Si no hay

especialistas contratados ubicados en su área, LDP puede aprobar el tratamiento de un especialista no contratado en su área.

Para que un especialista en LDP cubra los beneficios odontológicos, primero debe obtener una remisión de su odontólogo de atención primaria de LDP.

Cuando se aprueba, se brindan servicios especializados y su responsabilidad se limita a los copagos aplicables:

- No hay un máximo anual para los servicios cubiertos de atención especializada.

Si LDP no ha autorizado su remisión a un especialista, por escrito y por adelantado, LDP no está obligado a pagar los servicios prestados.

► **OBTENCIÓN DE UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA**

Puede solicitar una segunda opinión sobre su atención odontológica a otro odontólogo que tenga contrato con LDP si:

- No está satisfecho con el tratamiento que recibió de su odontólogo seleccionado;
- Tiene dudas sobre un plan de tratamiento propuesto;
- No está de acuerdo con las recomendaciones de su odontólogo seleccionado o del Director de LDP; o
- No está satisfecho con la calidad del trabajo odontológico que se realiza.

La comparación de precios con respecto a un procedimiento o plan de tratamiento propuesto no es motivo suficiente para obtener una segunda opinión.

► **SELECCIÓN DE OTRO ODONTÓLOGO**

Puede seleccionar cualquier proveedor dentro de la red de proveedores de LDP.

Nota: Si adeuda dinero a su odontólogo en el momento en que desea una transferencia a otro odontólogo, primero debe pagar cualquier cantidad adeudada a su odontólogo actual. Si cambia de odontólogo, usted es responsable de una tarifa nominal por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros a su nuevo odontólogo.

Los odontólogos contratados pueden expulsar a un miembro de su consultorio cuando ocurre una crisis en una relación viable médico-paciente o no se puede establecer una relación. LDP no puede obligar

ni exigir a un dentista contratado que trate a ningún miembro por ningún motivo. Los representantes de servicio al cliente de LDP ayudarán a los miembros a seleccionar un nuevo odontólogo; comuníquese con Servicios para Miembros al 1-866-454-3008.

LDP le notificará al menos treinta (30) días antes de la fecha de finalización efectiva con el odontólogo para que pueda seleccionar otro odontólogo.

Si LDP o el odontólogo le notifican que esto ha ocurrido, no se cobrarán las tarifas por la duplicación ni transferencia de radiografías u otros registros.

Por lo general, los miembros no pueden cambiar de odontólogo si se encuentran en medio de un procedimiento de múltiples visitas donde se ha producido una impresión final para la fabricación de un aparato dental, a menos que se pueda mostrar una causa excepcional. Esto incluye coronas, incrustaciones y recubrimientos (procedimientos restauradores avanzados), prótesis parciales removibles y prótesis completas (prostodoncia removible) y componentes de puentes (prostodoncia fija).

En los casos en que LDP permita la transferencia en medio del procedimiento, es posible que se le cobren los cargos de laboratorio en que incurra el odontólogo para fabricar el aparato dental. Los cargos no pueden exceder los copagos indicados para los procedimientos cubiertos. Además, se le pueden cobrar los cargos de laboratorio por las características opcionales que le haya indicado su odontólogo.

► **SI SU ODONTÓLOGO YA NO TIENE CONTRATO CON LIBERTY DENTAL PLAN OF CALIFORNIA, INC.**

Si el odontólogo no puede continuar su contrato con LDP o si LDP cancela el contrato, LDP le notificará al menos treinta (30) días antes de la fecha de finalización efectiva del contrato con el odontólogo. Se cancelarán sus tarifas por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros.



► *PAUTAS PARA INCRUSTACIONES, RECUBRIMIENTOS, CORONAS, PÓNTICOS Y PILARES

El monto máximo que debe pagar el miembro para una mejora de resina o porcelana en un molar (número de diente 1-3, 14-19, 30-32) o mejora de metal noble, metal altamente noble, aleación de titanio o titanio es de \$250.00.

Las restauraciones de marca (p. ej., Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) pueden considerarse procedimientos mejorados electivos si sus códigos de procedimientos CPT relacionados no están detallados como beneficios cubiertos.

Las coronas y pódicos de resina, porcelana y cualquier resina sobre metal o porcelana sobre metal son un beneficio solo para los dientes anteriores (números de dientes 6-11, 22-27), los primeros premolares (números de dientes 5, 12, 21 y 28) y los segundos premolares (números de dientes 4, 13, 20 y 29). El miembro pagará el costo de laboratorio adicional para agregar resina o porcelana a todas las coronas o pódicos de los molares (números de dientes 1-3, 14-19, 30-32).

Las restauraciones de metal base fundido están cubiertas para los molares. Las coronas de compuesto a base de resina y de porcelana sobre metal pueden considerarse procedimientos mejorados electivos. La adición de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado electivo.

Si se los elige, el metal noble, el metal muy noble o el titanio pueden considerarse un procedimiento mejorado electivo.

► PAUTAS PARA SERVICIOS PERIODONTALES

No se permiten más de dos (2) cuadrantes de raspado periodontal y alisado radicular por consulta/por día.

► LIMITACIONES

1. La profilaxis se cubre una vez cada seis meses consecutivos.
2. Las radiografías de boca completa se limitan a una vez cada treinta y seis (36) meses consecutivos.
3. Los tratamientos con flúor se cubren una vez cada seis (6) meses consecutivos.
4. Los selladores y las reparaciones de selladores están cubiertas solo en el primer y segundo molar permanente y hasta la edad de catorce (14) años.
5. Las coronas, fundas, las incrustaciones y recubrimientos son beneficios para el mismo diente solo una vez cada cinco (5) años y son consistentes con los estándares profesionales reconocidos de la práctica odontológica.
6. El reemplazo de las dentaduras postizas completas y parciales existentes está cubierto una vez, por arco dental, cada cinco (5) años, excepto cuando no se pueden restaurar mediante un revestimiento o reparación.
7. Los recubrimientos para dentaduras postizas están cubiertos dos veces al año, y solo cuando sean consistentes con los estándares profesionales reconocidos de la práctica odontológica.
8. Cualquier servicio odontológico de rutina realizado por un odontólogo general (DDS) o un médico de cirugía dental o un médico de medicina dental (DMD) en un entorno hospitalario de internación/ambulatorio, bajo ciertas circunstancias, será considerado para cobertura.

► EXCEPCIONES

1. Cualquier procedimiento que no figure específicamente como un Servicio cubierto.
2. Reemplazo de prótesis o aparatos perdidos o robados, entre los que se incluyen coronas, puentes, prótesis parciales, prótesis completas y aparatos de ortodoncia.

3. Cualquier tratamiento solicitado, o aparatos hechos, que no sean necesarios para mantener o mejorar la salud dental, o que sean para fines cosméticos, a menos que estén cubiertos como un beneficio;
4. Procedimientos considerados experimentales, tratamiento con implantes o regímenes farmacológicos distintos de los enumerados como Servicio Cubierto (consulte "Revisión Médica Independiente" en la Evidencia de Cobertura Grupal y el Formulario de Divulgación);
5. Cirugía oral que requiere la fijación de fracturas óseas o luxaciones óseas;
6. Internación;
7. Servicios ambulatorios;
8. Servicios de ambulancia;
9. Equipos médicos duraderos;
10. Servicios de salud mental;
11. Servicios para la dependencia de sustancias químicas;
12. Servicios de atención médica a domicilio;
13. Anestesia general, analgesia, sedación intravenosa/intramuscular o los servicios de un anesthesiólogo que no estén incluidos como Servicio Cubierto;
14. El tratamiento comienza antes de que el miembro sea elegible, o una vez que el miembro ya no es elegible;
15. Procedimientos, aparatos o restauraciones para corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o inducidos médicamente, que incluyen, entre otros: disfunciones miofuncionales (por. ej., terapia del habla), mioesqueléticas o de la articulación temporomandibular (por ej., ajustes/ correcciones en los huesos faciales) a menos que se cubran de otra manera como un beneficio de ortodoncia;
16. Procedimientos que se determina que no son necesarios desde el punto de vista odontológico de acuerdo con los estándares de práctica odontológica reconocidos profesionalmente;
17. Tratamiento de tumores malignos, quistes o neoplasias;
18. El tratamiento de ortodoncia comenzó antes de la fecha de vigencia de la cobertura del miembro;
19. Aparatos necesarios para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión;
20. Cualquier servicio realizado fuera de su consultorio odontológico asignado, a menos que esté expresamente autorizado por Liberty Dental Plan, o a menos que se indique y cubra en la sección "Atención Odontológica de Emergencia".

Tabla de beneficios

SECCIÓN 2



Sin deducible anual, sin máximo anual

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO		
D0120	Evaluación oral periódica	\$0.00
D0140	Evaluación oral limitada	\$0.00
D0150	Evaluación oral integral	\$0.00
D0160	Evaluación oral centrada en el problema	\$0.00
D0170	Reevaluación limitada, centrada en el problema	\$0.00
D0171	Reevaluación, consulta posoperatoria en el consultorio	\$0.00
D0180	Evaluación periodontal integral	\$0.00
D0210	Intraoral, serie completa de radiografías	\$0.00
D0220	Intraoral, radiografía periapical, primera radiografía	\$0.00
D0230	Intraoral, radiografía periapical, cada radiografía adicional	\$0.00
D0240	Intraoral, radiografía oclusal	\$0.00
D0250	Extraoral, radiografía de proyección en 2D, fuente fija de radiación	\$0.00
D0251	Extraoral, radiografía dental posterior	\$0.00
D0270	Radiografía de aleta de mordida, una radiografía	\$0.00
D0272	Radiografías de aleta de mordida, dos radiografías	\$0.00
D0273	Radiografías de aleta de mordida, tres radiografías	\$0.00
D0274	Radiografías de aleta de mordida, cuatro radiografías	\$0.00
D0277	Radiografías de aleta de mordida vertical, 7 a 8 radiografías	\$0.00
D0330	Radiografía panorámica	\$0.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0.00
D0470	Moldes de diagnóstico	\$0.00
SERVICIOS PREVENTIVOS		
D1110	Profilaxis, adultos	\$0.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$0.00
D1208	Aplicación tópica de flúor (sin barniz)	\$0.00
D1310	Asesoramiento nutricional para control de enfermedades odontológicas	\$0.00
D1320	Asesoramiento sobre consumo de tabaco, control/prevencción de enfermedades orales	\$0.00
D1330	Instrucciones para la higiene oral	\$0.00
D1351	Sellador, por diente	\$0.00
D1352	Restauración preventiva de resina, diente permanente	\$0.00

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
D1353	Reparación de sellador, por diente	\$0.00
D1510	Espaciador dental, fijo, unilateral	\$0.00
D1516	Espaciador dental fijo, bilateral, maxilar	\$0.00
D1517	Espaciador dental fijo, bilateral, mandibular	\$0.00
D1520	Espaciador dental, extraíble, unilateral	\$0.00
D1526	Espaciador dental removible, bilateral, maxilar	\$0.00
D1527	Espaciador dental removible, bilateral, mandibular	\$0.00
D1550	Nueva cementación o sellado del espaciador dental	\$0.00
D1555	Extracción del espaciador dental fijo	\$0.00
SERVICIOS DE RESTAURACIÓN		
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	\$29.00
D2150	Amalgama, dos superficies, primaria o permanente	\$34.00
D2160	Amalgama, tres superficies, primaria o permanente	\$39.00
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primaria o permanente	\$44.00
D2330	Empaste compuesto a base de resina, una superficie, anterior	\$25.00
D2331	Empaste compuesto a base de resina, dos superficies, anterior	\$39.00
D2332	Empaste compuesto a base de resina, tres superficies, anterior	\$44.00
D2335	Empaste compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, ángulo incisal	\$49.00
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	\$49.00
D2391	Empaste compuesto a base de resina, una superficie, posterior	\$85.00
D2392	Empaste compuesto a base de resina, dos superficies, posterior	\$120.00
D2393	Empaste compuesto a base de resina, tres superficies, posterior	\$140.00
D2394	Empaste compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	\$165.00
D2510	Incrustación de tipo inlay, metálica, una superficie	\$230.00
D2520	Incrustación de tipo inlay, metálica, dos superficies	\$250.00
D2530	Incrustación de tipo inlay, metálica, tres o más superficies	\$275.00
D2542	Incrustación onlay, metálica, dos superficies	\$300.00
D2543	Incrustación onlay, metálica, tres superficies	\$325.00
D2544	Incrustación onlay, metálica, cuatro o más superficies	\$325.00
D2710	Corona, compuesto a base de resina (técnica indirecta)	\$150.00*
D2720	Corona, resina con alto contenido de metales nobles	\$250.00*
D2721	Corona, resina predominantemente de metal base	\$225.00*
D2722	Corona, resina con metal noble	\$250.00*
D2740	Corona, de porcelana/cerámica	\$250.00*
D2750	Corona, porcelana fundida sobre un alto contenido de metales nobles	\$350.00*
D2751	Corona, porcelana fundida sobre metal predominantemente base	\$325.00*
D2752	Corona, porcelana fundida sobre metal noble	\$350.00*

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
D2780	Corona, ¾ de aleación con alto contenido de metales nobles	\$350.00*
D2781	Corona, ¾ de aleación predominantemente de metal base	\$325.00
D2782	Corona, ¾ de aleación de metales nobles	\$350.00*
D2790	Corona, metálica con alto contenido de metales nobles	\$350.00*
D2791	Corona, metálica predominantemente de metal base	\$325.00
D2792	Corona, metálica de metales nobles	\$350.00*
D2794	Corona, titanio	\$350.00*
D2910	Nueva cementación o sellado de incrustaciones tipo inlay, incrustaciones onlay, laminados o cobertura parcial	\$20.00
D2915	Nueva cementación o sellado de perno y muñón fabricados indirectamente/prefabricados	\$32.00
D2920	Nueva cementación o sellado de corona	\$20.00
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente principal	\$38.00
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada, diente permanente	\$50.00
D2932	Corona de resina prefabricada	\$60.00
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con cubierta de resina	\$50.00
D2940	Restauración de protección	\$20.00
D2950	Refuerzo de muñón, incluidas todas las espigas cuando sea necesario	\$42.00
D2951	Retención de espiga, por diente, además de la restauración	\$27.00
D2952	Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente	\$65.00
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	\$50.00
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	\$50.00
D2955	Extracción del perno	\$30.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado, en el mismo diente	\$50.00
D2980	Reparación de corona necesaria por fallas en el material de restauración	\$25.00
SERVICIOS DE ENDODONCIA		
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (excluye restauración final)	\$15.00
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (excluye restauración final)	\$15.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final)	\$26.00
D3230	Terapia pulpar, diente anterior temporal (excluida restauración final)	\$30.00
D3240	Terapia pulpar, diente posterior temporal (excluida restauración final)	\$30.00
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final)	\$195.00
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$255.00
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)	\$295.00
D3346	Nuevo tratamiento de terapia previa del conducto radicular, diente anterior	\$165.00
D3347	Nuevo tratamiento de terapia previa del conducto radicular, premolar	\$255.00
D3348	Nuevo tratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar	\$295.00
D3351	Apexificación/recalcificación, primera consulta	\$42.00

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento temporal	\$22.00
D3353	Apexificación/recalcificación, consulta final	\$22.00
D3410	Apicectomía, diente anterior	\$180.00
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	\$195.00
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	\$225.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$75.00
D3430	Obturación retrógrada, por raíz	\$60.00
D3450	Amputación radicular, por raíz	\$95.00
D3920	Hemisección, no incluye tratamiento del conducto radicular	\$95.00
SERVICIOS DE PERIODONCIA		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante	\$195.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante	\$60.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia, procedimiento de restauración, por diente	\$0.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante	\$300.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante	\$300.00
D4260	Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante	\$375.00
D4261	Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante	\$375.00
D4274	Procedimiento con cuña mesial/distal, un diente	\$195.00
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	\$45.00
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	\$45.00
D4355	Desbridamiento de la boca completa para permitir la evaluación y diagnóstico integral, visita posterior	\$50.00
D4381	Distribución localizada de agentes antimicrobianos/por diente	\$35.00
D4910	Mantenimiento periodontal	\$40.00
D4920	Cambio de apósito no programado (otro que no sea el odontólogo que lo atiende o su personal)	\$20.00
SERVICIOS DE PROSTODONCIA REMOVIBLE		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$385.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$385.00
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$385.00
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$385.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina	\$360.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina	\$360.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina	\$420.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina	\$420.00
D5221	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar, base de resina	\$360.00
D5222	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular, base de resina	\$360.00
D5223	Dentadura postiza parcial inmediata maxilar, estructura de metal fundido, base de resina para piezas dentarias	\$420.00

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
D5224	Dentadura postiza parcial inmediata mandibular, estructura de metal fundido, base de resina para piezas dentarias	\$420.00
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluidos retenedores y dientes), maxilar	\$295.00
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluidos retenedores y dientes), mandibular	\$295.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$20.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$20.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	\$20.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	\$20.00
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, mandibular	\$55.00
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, maxilar	\$55.00
D5520	Reemplazo de diente roto o perdido, dentadura postiza completa	\$25.00
D5611	Reparación de base de dentadura postiza con rotura parcial de resina, mandibular	\$35.00
D5612	Reparación de base de dentadura postiza con rotura parcial de resina, maxilar	\$35.00
D5621	Reparación de estructura fundida, parcial, mandibular	\$35.00
D5622	Reparación de estructura fundida, parcial, maxilar	\$35.00
D5630	Reparación o reemplazo de retenedores rotos, por diente	\$25.00
D5640	Reemplazo de diente roto, por diente	\$25.00
D5650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente	\$30.00
D5660	Adición de retenedor a dentadura postiza parcial existente, por diente	\$30.00
D5710	Reparación de base de dentadura postiza maxilar completa	\$165.00
D5711	Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	\$165.00
D5720	Reparación de base de dentadura postiza parcial maxilar	\$145.00
D5721	Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	\$145.00
D5730	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa, en el consultorio	\$135.00
D5731	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa, en el consultorio	\$135.00
D5740	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar, en el consultorio	\$85.00
D5741	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular, en el consultorio	\$85.00
D5750	Reajuste de dentadura postiza maxilar completa, en el laboratorio	\$140.00
D5751	Reajuste de dentadura postiza mandibular completa, en el laboratorio	\$140.00
D5760	Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar, en el laboratorio	\$130.00
D5761	Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular, en el laboratorio	\$130.00
D5810	Dentadura postiza completa provisional, maxilar	\$425.00
D5811	Dentadura postiza completa provisional, mandibular	\$425.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional, maxilar	\$165.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional, mandibular	\$165.00

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	\$40.00
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	\$40.00
D5863	Sobredentadura, completa del maxilar	\$425.00
D5865	Sobredentadura, completa de la mandíbula	\$425.00
SERVICIOS DE IMPLANTES		
D6092	Recementado o readhesión de corona implantosoportada o apoyada por pilar	\$45.00
D6093	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija (FPD) implantosoportada o apoyada por pilar	\$65.00
SERVICIOS DE PROSTODONCIA FIJA		
D6210	Póntico, metal altamente noble fundido	\$220.00*
D6211	Póntico, metal fundido predominantemente básico	\$220.00
D6212	Póntico, metal noble fundido	\$220.00*
D6214	Póntico, titanio	\$220.00*
D6240	Póntico, porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$220.00*
D6241	Póntico, porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	\$280.00*
D6242	Póntico, porcelana fundida sobre metal noble	\$280.00*
D6250	Póntico, resina con metal altamente noble	\$250.00*
D6251	Póntico, resina con metal predominantemente básico	\$225.00*
D6252	Póntico, resina con metal noble	\$195.00*
D6545	Retenedor, metal fundido para prótesis fija de resina adherida	\$140.00*
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija de resina adherida	\$140.00
D6720	Corona y retenedor, resina con metal altamente noble	\$250.00*
D6721	Corona y retenedor, resina con metal predominantemente básico	\$225.00*
D6722	Corona y retenedor, resina con metal noble	\$250.00*
D6750	Corona y retenedor, porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$325.00*
D6751	Corona y retenedor, porcelana fundida sobre metal predominantemente básico	\$295.00*
D6752	Corona y retenedor, porcelana fundida sobre metal noble	\$310.00*
D6780	Corona y retenedor, ¾ de metal fundido altamente noble	\$295.00*
D6781	Corona y retenedor, ¾ de metal fundido predominantemente básico	\$310.00
D6782	Corona y retenedor, ¾ de metal noble fundido	\$310.00*
D6790	Corona y retenedor, íntegramente de metal altamente noble fundido	\$325.00*
D6791	Corona y retenedor, íntegramente de metal fundido predominantemente básico	\$250.00
D6792	Corona y retenedor, íntegramente de metal noble fundido	\$295.00*
D6794	Corona y retenedor, titanio	\$325.00*
D6920	Barra conectora	\$130.00
D6930	Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$40.00

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, fallas en el material de restauración	\$40.00
SERVICIOS ORALES Y MAXILOFACIALES		
D7111	Extracción, restos de corona, diente temporal	\$25.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	\$35.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente	\$48.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	\$68.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso	\$100.00
D7240	Extracción de diente impactado, completamente en hueso	\$130.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente en hueso, complicación	\$140.00
D7250	Extracción de raíces residuales de un diente (procedimiento de corte)	\$70.00
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$250.00
D7270	Reimplantación/estabilización de diente, accidente	\$185.00
D7280	Exposición de un diente retenido	\$130.00
D7285	Biopsia por incisión de tejido bucal, duro (hueso, diente)	\$95.00
D7286	Biopsia por incisión de tejido bucal, blando	\$130.00
D7290	Cirugía de reposicionamiento de diente	\$115.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$75.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$75.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$105.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante	\$105.00
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$140.00
D7411	Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$140.00
D7471	Extracción de exóstosis lateral, maxilar o mandibular	\$165.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$60.00
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	\$165.00
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía), procedimiento independiente	\$85.00
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$165.00
D7971	Extirpación de encía pericoronaria	\$85.00
SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS		
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia), procedimiento menor	\$20.00
D9210	Anestesia local que no se brinda en conjunto, procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$0.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$0.00
D9212	Anestesia por bloqueo para las divisiones del trigémino	\$0.00
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$0.00
D9310	Consulta, que no sea el odontólogo solicitante	\$20.00
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	\$0.00

CÓDIGO CDT	DESCRIPCIÓN	PAGO DEL COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO
D9430	Consulta en el consultorio, observación, horario regular, ningún otro servicio	\$0.00
D9440	Consulta en el consultorio, después de horas programadas con regularidad	\$20.00
D9450	Presentación de caso, tratamiento detallado y extenso	\$0.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizador	\$15.00
D9944	Protector oclusal, aparato duro, arco completo	\$150.00
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco completo	\$150.00
D9946	Protector oclusal, aparato duro, arco parcial	\$150.00
D9941	Fabricación de protector bucal para atletismo	\$175.00
D9942	Reparación y/o reajuste de protector oclusal	\$65.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$35.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$60.00
D9986	Cita perdida	\$0.00
D9987	Cita cancelada	\$0.00

