

## Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04

Los servicios cubiertos por este Plan se mencionan en esta lista. Si un servicio, tratamiento o procedimiento no figura en esta lista, no es un servicio cubierto. El Dentista de atención primaria (Primary Care Dentist, PCD) asignado debe prestar todos los servicios.

El Miembro deberá pagar el Cargo del paciente que se indica en la lista. Los beneficios que brindamos están sujetos a todos los términos de este Plan, incluidas las Limitaciones y las Condiciones sobre Servicios odontológicos cubiertos y las Exclusiones.

Hay un límite sobre la cantidad total de Cargos del paciente que debe pagar un Miembro menor de 19 años por cada año calendario para los beneficios de salud esenciales pediátricos según lo determina Texas. El límite es de \$350.00 para cada uno de esos Miembros. Una vez que se alcanza este límite, el plan anula los Cargos del paciente por esos beneficios durante el resto del año calendario para ese Miembro. Pero si dos o más de esos Miembros alcanzan el límite de \$700.00 en un año calendario, el plan anula los Cargos del paciente por esos beneficios para todos los demás Miembros durante el resto del año calendario.

Los Cargos del paciente que aparecen en esta sección solo son válidos para servicios cubiertos que: (1) se inician y finalizan en virtud de este Plan, y (2) prestan los Dentistas participantes en el estado de Texas.

Código CDT++	Servicios cubiertos y cargos del paciente	Cargos del paciente
<b>D0100- D0999</b>	<b>I. DIAGNÓSTICO</b>	
D0120	Evaluación odontológica periódica: paciente ya establecido	\$0
D0140	Evaluación bucal limitada: centrada en el problema	\$0
D0145	Evaluación odontológica para un paciente menor de tres años y asesoramiento con cuidador principal	\$0
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o establecido	\$0
D0170	Reevaluación: limitada, centrada en el problema (paciente establecido; no visita posoperatoria)	\$0
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o establecido	\$0
D0210	Intrabucal: serie completa de imágenes radiográficas	\$0
D0220	Intrabucal: primera imagen radiográfica periapical	\$0
D0230	Intrabucal: cada imagen radiográfica adicional periapical	\$0
D0240	Intrabucal: imagen radiográfica oclusal	\$0
D0270	Aleta de mordida: una imagen radiográfica	\$0
D0272	Aletas de mordida: dos imágenes radiográficas	\$0
D0273	Aletas de mordida: tres imágenes radiográficas	\$0
D0274	Aletas de mordida: cuatro imágenes radiográficas	\$0
D0277	Aletas de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas	\$0
D0330	Imagen radiográfica panorámica	\$0
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria para la detección de anomalías de la mucosa, incluidas las lesiones malignas y premalignas, sin incluir procedimientos de citología o biopsia	\$50
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dental	\$0
D0470	Moldes de diagnóstico	\$0
D0999	Visita al consultorio durante el horario regular; solo el dentista general	\$15
<b>D1000- D1999</b>	<b>II. PREVENCIÓN</b>	
D1110	Profilaxis: en adultos, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses+#	\$0
D1120	Profilaxis: en niños, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses+#	\$0
D1999	Profilaxis: en adultos o niños, cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses+#	\$60

**Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

D1203	Aplicación tópica de fluoruro (no incluye profilaxis): en niños, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses+=	\$0
D1204	Aplicación tópica de fluoruro (no incluye profilaxis): en adultos, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses+=	\$0
D1206	Aplicación tópica de esmalte de fluoruro, para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses+=	\$12
D1208	Aplicación tópica de fluoruro para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses+=	\$0
D2999	Fluoruro tópico (en adultos o niños), cada servicio adicional dentro del mismo periodo de 12 meses+=	\$20
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de las enfermedades odontológicas	\$0
D1330	Instrucciones de higiene bucal	\$0
D1351	Sellador: por diente (molares) ##	\$14
D9999	Sellador: por diente (no molares) ##	\$35
D1352	Restauración de resina preventiva para pacientes con riesgo de caries moderado a alto: diente permanente ##	\$14
D1510	Separador: fijo, unilateral	\$75
D1515	Separador: fijo, bilateral	\$110
D1525	Separador: extraíble, bilateral	\$110
D1550	Recementación del separador	\$13
D1555	Extracción del separador fijo	\$20
<b>D2000- D2999</b>	<b>III. RESTAURACIÓN ###</b>	
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente, incluido el pulido	\$28
D2150	Amalgama: dos superficies, primarias o permanentes, incluido el pulido	\$35
D2160	Amalgama: tres superficies, primarias o permanentes, incluido el pulido	\$46
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primarias o permanentes, incluido el pulido	\$57
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior, incluido el pulido	\$36
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anteriores, incluido el pulido	\$44
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anteriores, incluido el pulido	\$58
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, o aquellas que implican ángulo incisal (anterior), incluido el pulido	\$66
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	\$95
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior, incluido el pulido	\$56
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posteriores, incluido el pulido	\$75
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posteriores, incluido el pulido	\$90
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores, incluido el pulido	\$95
D2510	Incrustación metálica: una superficie**	\$326
D2520	Incrustación metálica: dos superficies**==	\$368
D2530	Incrustación metálica: tres o más superficies**==	\$383
D2542	Recubrimiento metálico: dos superficies**==	\$383
D2543	Recubrimiento metálico: tres superficies**==	\$400
D2544	Recubrimiento metálico: cuatro o más superficies**==	\$420
D2610	Incrustación de porcelana o cerámica: una superficie	\$326
D2620	Incrustación de porcelana o cerámica: dos superficies	\$368
D2630	Incrustación de porcelana/cerámica: tres o más superficies	\$383
D2642	Recubrimiento de porcelana/cerámica: dos superficies	\$383
D2643	Recubrimiento de porcelana/cerámica: tres superficies	\$400
D2644	Recubrimiento de porcelana/cerámica: cuatro o más superficies	\$420
D2740	Corona: sustrato de porcelana o cerámica ==	\$450
D2750	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble** ==	\$430
D2751	Corona: porcelana fundida con metal básico predominante ==	\$430
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble ==	\$430
D2780	Corona: 3/4 de metal altamente noble fundido** ==	\$420
D2781	Corona: 3/4 de metal básico predominante fundido ==	\$420
D2782	Corona: 3/4 de metal noble fundido	\$420

### Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04

D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica ==	\$420
D2790	Corona: metal altamente noble fundido en su totalidad** ==	\$430
D2791	Corona: metal básico predominante fundido en su totalidad ==	\$430
D2792	Corona: metal noble fundido en su totalidad ==	\$430
D2794	Corona: titanio ==	\$430
D2910	Recementado de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial	\$18
D2915	Recementado de poste y muñón prefabricados o fundidos	\$18
D2920	Recementado de corona	\$18
D2929	Corona de porcelana o cerámica prefabricada: diente primario	\$135
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario	\$110
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente	\$125
D2932	Corona prefabricada de resina	\$135
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina	\$135
D2934	Corona de acero inoxidable prefabricada con recubrimiento estético: diente primario	\$145
D2940	Restauración protectora	\$30
D2950	Reconstrucción dental, incluido algún perno cuando se solicite	\$113
D2951	Retención con perno: por diente, además de la restauración	\$24
D2952	Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente	\$160
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente: mismo diente	\$50
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	\$130
D2957	Cada poste adicional prefabricado: mismo diente	\$29
D2960	Laminado labial (laminado de resina): en el consultorio	\$250
D2970	Corona temporal (diente fracturado)	\$100
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo una estructura de prótesis dental parcial existente	\$125
D2990	Infiltración con resina en lesiones incipientes sobre superficie regular	\$5

#### D3000-

#### D3999

#### IV. ENDODONCIA

D3110	Recubrimiento pulpar: directo (no se incluye la restauración final)	\$15
D3120	Recubrimiento pulpar: indirecto (no se incluye la restauración final)	\$15
D3220	Pulpotomía terapéutica (no se incluye la restauración final): extracción de pulpa de la corona en la unión denticemental y aplicación de medicamento	\$50
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$50
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis: dientes permanentes con desarrollo de raíz incompleto	\$50
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): anterior, diente primario (no se incluye la restauración final)	\$88
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible): posterior, diente primario (no se incluye la restauración final)	\$90
D3310	Terapia endodóntica: diente anterior (no se incluye restauración final)	\$260
D3320	Terapia endodóntica, diente bicúspide (no se incluye restauración final)	\$300
D3330	Terapia endodóntica, molar (no se incluye restauración final) ==	\$400
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso sin cirugía	\$0
D3332	Terapia endodóntica incompleta: diente inoperable, no restaurable o fracturado	\$150
D3333	Reparación interna de defectos de perforaciones radiculares	\$120
D3346	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: anterior	\$315
D3347	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: bicúspide ==	\$370
D3348	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular: molar ==	\$445
D3410	Apicectomía: anterior	\$265
D3421	Apicectomía: bicúspide (primera raíz)	\$300
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	\$350
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$110
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$90
D3950	Preparación del conducto y colocación de poste o espiga prefabricados	\$20

#### D4000-

#### D4999

#### V. PERIODONCIA

**Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

D4210	Gingivectomía o gingivoplastía: cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante	\$188
D4211	Gingivectomía o gingivoplastía: uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante	\$85
D4212	Gingivectomía o gingivoplastía para permitir acceso para procedimiento de restauración, por diente	\$60
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluida la planeación radicular: cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante	\$275
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluida la planeación radicular: uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante	\$165
D4249	Alargamiento de la corona clínica: tejido duro	\$285
D4260	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): cuatro o más dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante ==	\$410
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo): uno a tres dientes continuos o espacios de los dientes unidos por cuadrante	\$350
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente.	\$0
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	\$295
D4271	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía en el sitio del donante)	\$298
D4273	Procedimientos de injertos de tejidos conjuntivos subepiteliales por diente	\$328
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía en el sitio del donante); primer diente o posición desdentada en un injerto	\$298
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía en el sitio del donante); cada diente adicional continuo o posición desdentada en el mismo sitio del injerto	\$179
D4341	Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	\$50
D4342	Limpieza de sarro periodontal y planeación radicular: uno a tres dientes por cuadrante	\$30
D4355	Desbridamiento de la boca completa para permitir la evaluación integral y el diagnóstico	\$35
D4910	Mantenimiento periodontal para los primeros dos servicios dentro de cualquier período de 12 meses+#	\$32
D4920	Cambio de apósitos sin programar (por una persona que no sea el dentista que lo atiende o su personal)	\$25
D4999	Mantenimiento periodontal, cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses+#	\$60
<b>D5000- D5999</b>	<b>VI. PROSTODONCIA (extraíble)</b>	
D5110	Prótesis dental completa: maxilar ==	\$580
D5120	Prótesis dental completa: mandibular ==	\$580
D5130	Prótesis dental inmediata: maxilar ==	\$620
D5140	Prótesis dental inmediata: mandibular ==	\$620
D5211	Prótesis dental parcial maxilar: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales) ==	\$580
D5212	Prótesis dental parcial mandibular: base de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales) ==	\$580
D5213	Prótesis dental parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales) ==	\$620
D5214	Prótesis dental parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de prótesis dental de resina (incluido cualquier gancho, soporte y diente convencionales) ==	\$620
D5225	Prótesis dental parcial maxilar: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)	\$675
D5226	Prótesis dental parcial mandibular: base flexible (incluido cualquier gancho, soporte y diente)	\$675
D5410	Ajuste de prótesis dental completa: maxilar	\$27
D5411	Ajuste de prótesis dental completa: mandibular	\$27

**Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

D5421	Ajuste de prótesis dental parcial: maxilar	\$27
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial: mandibular	\$27
D5510	Reparación de base de prótesis dental completa partida	\$69
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos: prótesis dental completa (cada diente)	\$66
D5610	Reparación de base de prótesis dental de resina	\$80
D5620	Reparación de estructura fundida	\$80
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto	\$96
D5640	Reemplazo de diente roto: por diente	\$62
D5650	Inserción de diente en prótesis dental parcial existente	\$81
D5660	Inserción de gancho en prótesis dental parcial existente	\$102
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la estructura de metal fundido (maxilar)	\$223
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la estructura de metal fundido (mandibular)	\$223
D5710	Reajuste de prótesis dental maxilar completa	\$230
D5711	Reajuste de prótesis dental mandibular completa	\$230
D5720	Reajuste de prótesis dental parcial maxilar	\$230
D5721	Reajuste de prótesis dental parcial mandibular	\$230
D5730	Realineado de prótesis dental maxilar completa (en consultorio)	\$130
D5731	Realineado de prótesis dental mandibular completa (en consultorio)	\$130
D5740	Realineado de prótesis dental parcial maxilar (en consultorio)	\$125
D5741	Realineado de prótesis dental parcial mandibular (en consultorio)	\$125
D5750	Realineado de prótesis dental maxilar completa (en laboratorio)	\$186
D5751	Realineado de prótesis dental mandibular completa (en laboratorio)	\$186
D5760	Realineado de prótesis dental parcial maxilar (en laboratorio)	\$186
D5761	Realineado de prótesis dental parcial mandibular (en laboratorio)	\$186
D5820	Prótesis dental parcial provisoria (maxilar)	\$190
D5821	Prótesis dental parcial provisoria (mandibular)	\$190
D5850	Acondicionamiento de los tejidos: maxilar	\$60
D5851	Acondicionamiento de los tejidos: mandibular	\$60
<b>D5900- D5999</b>	<b>VII. PRÓTESIS MAXILOFACIAL</b>	
D5931	Prótesis obturadora: quirúrgica #####	\$2,415
D5932	Prótesis obturadora: definitiva #####	\$1,687
D5933	Prótesis obturadora: modificación #####	\$245
D5936	Prótesis obturadora, provisoria #####	\$4,023
<b>D6000- D6199</b>	<b>VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES: sin cobertura</b>	
<b>D6200- D6999</b>	<b>IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada diente artificial constituye una unidad de prótesis dental parcial fija [puente]) ###</b>	
D6210	Diente artificial: metal altamente noble fundido**==	\$400
D6211	Diente artificial: metal básico predominante fundido ==	\$400
D6212	Diente artificial: metal noble fundido ==	\$400
D6214	Diente artificial: titanio ==	\$400
D6240	Diente artificial: porcelana fundida con metal altamente noble**==	\$400
D6241	Diente artificial: porcelana fundida con metal básico predominante ==	\$400
D6242	Diente artificial: porcelana fundida con metal noble ==	\$400
D6245	Diente artificial: porcelana o cerámica ==	\$410
D6600	Incrustación de porcelana o cerámica: dos superficies	\$368
D6601	Incrustación de porcelana/cerámica: tres o más superficies	\$383
D6602	Incrustaciones: metal altamente noble fundido, dos superficies**	\$368
D6603	Incrustaciones: metal altamente noble fundido, tres o más superficies**	\$383
D6604	Incrustaciones: con metal básico predominante fundido, dos superficies	\$368
D6605	Incrustaciones: con metal básico predominante fundido, tres o más superficies	\$383
D6606	Incrustaciones: metal noble fundido, dos superficies	\$368
D6607	Incrustaciones: metal noble fundido, tres o más superficies	\$383
D6608	Recubrimiento de porcelana/cerámica: dos superficies	\$383

**Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

D6609	Recubrimiento: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$400
D6610	Recubrimiento: metal altamente noble fundido, dos superficies**	\$383
D6611	Recubrimiento: metal altamente noble fundido, tres o más superficies**	\$400
D6612	Recubrimiento: con metal básico predominante fundido, dos superficies	\$383
D6613	Recubrimiento: con metal básico predominante fundido, tres o más superficies	\$400
D6614	Recubrimiento: metal noble fundido, dos superficies	\$383
D6615	Incrustaciones: metal noble fundido, tres o más superficies	\$400
D6624	Incrustación: titanio	\$368
D6634	Recubrimiento: titanio	\$383
D6740	Corona: porcelana/cerámica ==	\$450
D6750	Corona: porcelana fundida con metal altamente noble** ==	\$430
D6751	Corona: porcelana fundida con metal básico predominante ==	\$430
D6752	Corona: porcelana fundida con metal noble ==	\$430
D6780	Corona: 3/4 de metal altamente noble fundido** ==	\$430
D6781	Corona: 3/4 de metal básico predominante fundido ==	\$430
D6782	Corona: 3/4 de metal noble fundido ==	\$430
D6783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica ==	\$430
D6790	Corona: metal altamente noble fundido en su totalidad** ==	\$430
D6791	Corona: metal básico predominante fundido en su totalidad ==	\$430
D6792	Corona: metal noble fundido en su totalidad ==	\$430
D6794	Corona: titanio	\$430
D6930	Recementado de prótesis dental parcial fija	\$26
D6970	Poste y muñón, además del retenedor de prótesis dental parcial fija, fabricados indirectamente	\$160
D6972	Poste y muñón prefabricados, además del retenedor de prótesis dental parcial fija	\$130
D6973	Reconstrucción dental para el retenedor, incluido cualquier perno	\$113
D6976	Cada poste adicional fabricado indirectamente: mismo diente	\$50
D6977	Cada poste adicional prefabricado: mismo diente	\$29
D6999	Plan de tratamiento de unidad de puente y corona múltiple: por unidad, seis o más unidades por plan de tratamiento ###	\$125
<b>D7000- D7999</b>	<b>X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL</b>	
D7111	Extracción, restos coronales: diente deciduo	\$20
D7140	Extracción, diente brotado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	\$35
D7210	Extracción quirúrgica del diente brotado que requiere extracción del hueso y/o de la sección del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperiosteal si se indica	\$110
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	\$145
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente óseo	\$180
D7240	Extracción de diente impactado: completamente óseo	\$215
D7241	Extracción de diente impactado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas no habituales	\$240
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales (procedimiento de corte)	\$110
D7261	Cierre principal de una perforación sinusal	\$250
D7280	Acceso quirúrgico de un diente no brotado	\$250
D7283	Colocación del dispositivo para facilitar el brote del diente impactado	\$35
D7285	Biopsia del tejido bucal: duro (hueso, diente)	\$125
D7286	Biopsia de tejido bucal: blando	\$85
D7288	Biopsia con cepillo: recopilación de muestras transepiteliales	\$65
D7310	Alveoloplastia en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante	\$53
D7311	Alveoloplastia en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por cuadrante	\$26
D7320	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de los dientes, por cuadrante	\$92

**Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

D7321	Alveoloplastia no en conjunto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios de los dientes, por cuadrante	\$65
D7450	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm	\$200
D7451	Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión mayor de 1.25 cm	\$260
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$215
D7472	Extracción de torus palatinus	\$215
D7473	Extracción de torus mandibularis	\$215
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal	\$44
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal, complicado (se incluye el drenaje de múltiples espacios faciales)	\$48
D7610	Maxilar: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes) #####	\$1,500
D7620	Maxilar: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes) #####	\$1,100
D7630	Mandíbula: reducción abierta (dientes inmovilizados, si están presentes) #####	\$5,000
D7640	Mandíbula: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si están presentes) #####	\$2,200
D7955	Reparación de defectos del tejido duro o blando maxilofacial #####	\$1,500
D7960	Frenulectomía, también conocida como frenectomía o frenotomía, un procedimiento por separado que no está vinculado con otro procedimiento	\$100
D7963	Frenuloplastia	\$168
<b>D9000- D9999</b>	<b>XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS</b>	
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para el dolor dental: procedimiento menor	\$25
D9120	Seccionamiento de prótesis dental parcial fija	\$30
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos de operaciones o quirúrgicos	\$0
D9220	Anestesia general o sedación profunda: primeros 30 minutos+++	\$195
D9221	Anestesia general o sedación profunda: cada 15 minutos adicionales+++	\$75
D9241	Sedación o analgesia consciente intravenosa: primeros 30 minutos+++	\$195
D9242	Sedación o analgesia consciente intravenosa: cada 15 minutos adicionales+++	\$75
D9310	Consulta: servicio diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo solicita	\$34
D9420	Llamada al centro de cirugía ambulatoria u hospital #####	\$250
D9430	Visitas al consultorio por observación (en el horario habitual programado): sin otros servicios suministrados	\$10
D9440	Visita al consultorio: después del horario habitual programado	\$50
D9450	Presentación de casos, planificación extensiva y detallada del tratamiento	\$0
D9951	Ajuste oclusal: limitado	\$23
D9971	Odontoplastia: 1 a 2 dientes; incluye extracción de proyecciones de esmalte	\$23
D9972	Blanqueamiento externo, por arco, en consultorio	\$165
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye material y fabricación de bandejas personalizadas	\$99

Current Dental Terminology (CDT) © American Dental Association (ADA)

+ Los Cargos del paciente para los códigos D1110, D1120, D1203, D1204, D1206, D1208, y D4910 se limitan a los dos primeros servicios dentro de cualquier período de 12 meses. Para cada servicio adicional dentro del mismo período de 12 meses, consulte los códigos D1999, D2999 y D4999 para saber el Cargo del paciente correspondiente.

++ Los servicios cubiertos están sujetos a exclusiones, limitaciones y disposiciones del Plan, según lo descrito en el folleto del plan del miembro y el manual (incluida la revisión retrospectiva de gestión de calidad). Se pueden utilizar otros códigos para describir los servicios cubiertos.

**Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

- # Profilaxis de rutina o procedimiento de mantenimiento periodontal: un total de cuatro servicios en cualquier período de 12 meses. Uno de los procedimientos de mantenimiento periodontal cubiertos puede ser realizado por un Especialista periodontal participante si lo realiza dentro de los tres a seis meses después de finalizada la terapia periodontal activa aprobada (limpieza de sarro periodontal y planeación radicular o cirugía ósea periodontal) un Especialista periodontal participante. La terapia periodontal activa incluye limpieza de sarro periodontal y planeación radicular o cirugía ósea periodontal.
  - = Tratamiento con fluoruro: un total de cuatro servicios en cualquier período de 12 meses.
  - ## Los selladores están limitados a los dientes permanentes hasta que cumpla 16 años de edad.
  - \*\* Si se utiliza metal noble, habrá un Cargo adicional para el paciente por el costo real del metal altamente noble.
  - ### El Cargo del paciente de estos servicios es por unidad.
  - +++ Los códigos de procedimiento D9220, D9221, D9241 y D9242 están limitados a un Especialista de cirugía bucal participante. Además, estos servicios solo están cubiertos en conjunto con otros servicios quirúrgicos.
  - #### El código de procedimiento se clasifica como beneficio pediátrico esencial, se aplica a los miembros menores de 19 años y no superará los gastos máximos en efectivo de \$350.
  - == El código de procedimiento se clasifica como beneficio pediátrico esencial, y los Cargos del paciente para Miembros menores de 19 años no superarán los gastos máximos en efectivo de \$350. No hay gastos máximos en efectivo para los Miembros mayores de 19 años, y el Miembro tiene la responsabilidad de pagar el Cargo del paciente indicado.
- El Programa del plan U10TXI04 solo es válido para los Servicios cubiertos prestados por Dentistas participantes del estado de Texas.

<b>Código CDT++</b>	<b>Servicios cubiertos y cargos del paciente</b>	<b>Cargos del paciente</b>
<b>D8000-D8999</b>	<b>XI. ORTODONCIA**</b>	
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición ==	\$2,500
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adolescencia ==	Hijo: \$2,500
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de la adultez ==	Adulto: \$2,800
D8660	Visita previa al tratamiento de ortodoncia (incluye plan de tratamiento, registros, evaluación y consulta)	\$250
D8670	Visita de tratamiento de ortodoncia periódica	\$0
D8680	Retención de la ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y reemplazo de retenedores extraíbles) ==	\$400



**Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

D8999 Consulta para determinar que comenzará el tratamiento de ortodoncia (incluye plan de tratamiento, registros y evaluación) \$250

Current Dental Terminology (CDT) © American Dental Association (ADA)

\*\* La ortodoncia infantil se aplica a Miembros menores de 19 años; la ortodoncia para adultos se aplica a Miembros mayores de 19 años. La edad de un Miembro se determina en la fecha de colocación de las bandas.

++ Los servicios cubiertos están sujetos a exclusiones, limitaciones y disposiciones del Plan, según lo descrito en el Folleto del plan del Miembro y el Manual.

== El límite del Copago por Miembro menor de 19 años es de \$350 por año calendario si los servicios son necesarios desde el punto de vista médico, según lo definido por las referencias de su estado. Los Miembros mayores de 19 años están sujetos al Copago indicado.

## **Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

### **El Plan cubre lo siguiente:**

Los servicios de ortodoncia indicados en Cargos del paciente y Servicios Odontológicos Cubiertos, limitados a un (1) esquema de tratamiento por Miembro. Debemos autorizar previamente el tratamiento, y lo debe brindar un Dentista especialista en ortodoncia participante.

Hasta veinticuatro (24) meses de tratamiento integral.

Los registros y el plan de tratamiento, incluso los registros iniciales y los registros provisorios y finales.

El tratamiento de ortodoncia integral, incluidos los aparatos con bandas fijas y las visitas relacionadas únicamente.

Los servicios de retención después de un esquema de tratamiento de ortodoncia integral cubierto en virtud de este Plan.

Retención de ortodoncia, incluidos todos y cada uno de los aparatos fijos y extraíbles necesarios; y las visitas relacionadas.

Si un Miembro tiene un tratamiento de ortodoncia asociado a cirugía ortognática (un procedimiento no cubierto que implica el movimiento quirúrgico de los dientes), el Plan brinda el beneficio de ortodoncia estándar. El Miembro pagará los cargos adicionales relacionados con la cirugía ortognática y la complejidad del tratamiento de ortodoncia. El cargo adicional se basará en la tarifa habitual del Dentista especialista en ortodoncia participante.

## **Servicios odontológicos cubiertos y cargos del paciente: U10TXI04**

### **Este Plan no cubre lo siguiente:**

Los Procedimientos enumerados como exclusión, que superen los límites del Plan o que no estén cubiertos por MDG.

El tratamiento de ortodoncia realizado por un dentista que no sea un Dentista especialista en ortodoncia participante.

Tratamiento de ortodoncia limitado y el tratamiento (de fase 1) interceptivo.

Un tratamiento con una duración mayor de veinticuatro (24) meses. (El Miembro pagará un cargo adicional por cada mes adicional de tratamiento, en función de la tarifa contratada del Dentista especialista en ortodoncia participante).

Excepto lo descrito en tratamiento en curso: tratamiento de ortodoncia, los servicios de ortodoncia no están cubiertos si el tratamiento integral comienza antes de que el Miembro sea elegible para los beneficios en virtud del Plan. Si la cobertura del Miembro finaliza después de insertarse los aparatos con bandas fijas, el Dentista de atención especializada en ortodoncia participante podrá prorratear su tarifa habitual durante los meses restantes de tratamiento.

Servicios de ortodoncia después de que finaliza la cobertura del Miembro.

Todo cargo incremental por aparatos de ortodoncia no estándares o aquellos hechos con material transparente, cerámica, blanco u otro material opcional o brackets linguales.

Procedimientos, aparatos o dispositivos (a) para guiar el movimiento menor de dientes; o (b) para corregir o controlar hábitos perjudiciales.

El nuevo tratamiento de casos de ortodoncia o los cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios debido a algún tipo de accidente.

El reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia dañados debido a negligencia por parte del Miembro.

Las extracciones realizadas exclusivamente para facilitar el tratamiento de ortodoncia.

Cirugía ortognática (movimiento de dientes por medios quirúrgicos) y cargos incrementales asociados.

Si el Miembro se transfiere a otro Dentista de atención especializada en ortodoncia participante después de haberse iniciado el tratamiento de ortodoncia integral autorizado en virtud de este Plan, el Miembro tendrá la responsabilidad de pagar los costos adicionales asociados al cambio de Dentista de atención especializada en ortodoncia y al posterior tratamiento.



## **Aviso informar a las personas sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad**

### **La discriminación está en contra de la ley**

Guardian y sus subsidiarias cumplen con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, o identidad de género real o percibida. No excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo o identidad de género real o percibida.

Guardian y sus subsidiarias proveen ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros, tales como: intérpretes calificados de lenguaje de señas; información escrita en otros formatos (impresión grande, audio, formatos electrónicos accesibles); y proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios:

Para Group Insurance, llame al número de teléfono de su tarjeta de identificación.

Para Individual Coverage, por favor llame 844-561-5600

Para TTY/TDD, marque 7-1-1

Si usted cree que el guardián o sus subsidiarias no han proporcionado estos servicios o si ha discriminado contra usted basado en raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, o identidad de género real o percibida, usted puede presentar una queja con:

Guardian Civil Rights Coordinator

ATTN: Chandra Downey, Assistant Vice President Commercial & Government Markets Compliance

The Guardian Life Insurance Company of America

10 Hudson Yards

New York, New York 10001

212-598-8000

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles del guardián está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja por derechos civiles con el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, oficina de derechos civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la oficina de derechos civiles, disponible en:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue

SW Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019

1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

*Guardian subsidiaries include First Commonwealth Inc. subsidiary companies, Managed Dental Care, Managed Dental Guard, Inc., Avësis Incorporated, Premier Access Insurance Company and Access Dental Plan, Inc.*

Guardian® is a registered service mark of The Guardian Life Insurance Company of America, New York, New York.

© 2019 The Guardian Life Insurance Company of America. All rights reserved.



**No Cost Language Services.** You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call Member Services (TTD/TTY 7-1-1). Guardian® and its subsidiaries\* comply with applicable Federal civil rights laws and do not discriminate because of race, color, national origin, age, disability, sex, or actual or perceived gender identity.

**SPANISH** – Servicios de idiomas sin costo. Puedes obtener un intérprete. Puede obtener documentos leídos y algunos enviados a usted en su idioma. Para obtener ayuda, llame a Servicios para Miembros (TTD / TTY 7-1-1). Guardian® y sus subsidiarias\* cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo o identidad de género real o percibida.

**ARMENIAN** - Չկան ծախսերի լեզուների ծառայություններ: Դուք կարող եք ստանալ թարգմանիչ: Դուք կարող եք ստանալ փաստաթղթեր կարդալու ձեզ և ոմանք ձեր լեզվով ուղարկված են: Օգնության համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ: Guardian® ը և նրա դուստր ձեռնարկությունները համապատասխանում են դաշնային քաղաքացիական իրավունքի մասին օրենքներին և չեն խտրում ռասայի, գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի հիման վրա:

**ARABIC** - الحصول على مترجم. يمكنك الحصول على وثائق تفرا لك والبعض أرسلت لك في لغتك. للحصول على تعليمات، اتصل بخدمات الأعضاء. ويمتثل الوصي والفروع التابعة له لقوانين الحقوق المدنية الاتحادية - السارية ولا يميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

**BENGALI** - কোনো কস্ট ল্যাঙ্গুয়েজ সার্ভিস নেই। দোভাষী পেতে পারেন। আপনি আপনার কাছে আপনার কাছে পাঠানো নথিপত্র পেতে পারেন এবং আপনার ভাষায় কিছু পাঠিয়েছেন। সাহায্যের জন্য, কল মেম্বার সার্ভিস। "গার্ডিয়ান" এবং এর সাবসিডিয়ারি \* প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন এবং জাতি, রঙ, জাতীয় উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা, বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্যমূলক ব্যবহার করে না।

**CAMBODIAN** - មិនមានសេវាកម្មភាសាថ្លៃទេ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែ អ្នកអាចអានឯកសារដែលអ្នកបានអានហើយខ្លះធ្វើទៅអ្នកជាភាសារបស់អ្នក។ សំរាប់ជំនួយសូមហៅទូរស័ព្ទទៅសេវាកម្មសមាជិក។ "អាណាព្យាបាល" និងក្រុមហ៊ុនបុត្រសម្ព័ន្ធ \* របស់ការពារកម្ពុជាសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់សហព័ន្ធហើយមិនរើសអើងលើមូលដ្ឋានពូជសាសន៍ពណ៌សម្បុរដើមកំណើតអាយុពិការភាពឬការរួមភេទឡើយ។

**CHINESE** - 无成本语言服务。你可以找个翻译。您可以将文档读给您，有些则用您的语言发送给您。有关帮助，请致电会员服务。监护人及其附属公司 \* 遵守适用的联邦民权法，不因种族、肤色、国籍、年龄、残疾或性别而受到歧视。

**FRENCH** - Aucun coût des services linguistiques. Vous pouvez obtenir un interprète. Vous pouvez obtenir des documents lus pour vous et certains qui vous sont envoyés dans votre langue. Pour de l'aide, appelez les services aux membres. Guardian® et ses filiales\* respectent les lois fédérales applicables en matière de droits civiques et ne discriminent pas sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, du handicap ou du sexe.

**GERMAN** - Keine Kosten Sprachdienstleistungen. Sie können einen Dolmetscher bekommen. Sie können Dokumente lesen, um Sie und einige an Sie in ihrer Sprache. Rufen Sie die Mitglieder Dienste auf, um Hilfe zu leisten. Der Guardian® und seine Tochtergesellschaften \* entsprechen den geltenden Bundes bürgerlichen Rechtsvorschriften und diskriminieren nicht auf der Grundlage von Rasse, Farbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht.

**HAITIAN-CREOLE** - Pa gen sèvis kombinazon lang. Ou ka jwenn von entèprèt. Ou ka jwenn dokiman li pou ou ak kèk voye pou nou nan lang ou. Pou èd, rele sèvis manb. Guardian®, epi li filiales \* soumèt li a aplikab lwa Federal dwa sivil pa diskrimine sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, laj, enfimite, oubyen sèks

**HINDI** - कोई लागत भाषा सेवाएं। तुम एक दुभाषिया प्राप्त कर सकते हैं। आप दस्तावेज़ आप को पढ़ने के लिए और कुछ अपनी भाषा में आप के लिए भेजा प्राप्त कर सकते हैं। मदद के लिए, सदस्य सेवाएं कॉल करें। द गार्जियन और उसकी सहायक कंपनियां \* लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करती हैं और जाति, रंग, राष्ट्रीय मूल, आयु, विकलांगता या सेक्स के आधार पर भेदभाव नहीं करती।

**HMONG** - Tsis muaj nqi lus pab. Koj yuav tau ib tug neeg txhais lus. Koj yuav tau txais tej ntaub ntauv nyeem rau koj thiab ib co rau koj xa koj cov lus. Pab, hu rau Member Services. Guardian® thiab nws cov subsidiaries\* raws li muaj txog neeg txoj cai tsoom fvw teb chaws thiab cais ib haiv neeg, xim, keeb kwm teb chaws, hnub nyoog, mob xiam oob qhab los yog pw ua ke.

**ITALIAN** – Servizi linguistici senza costi. È possibile ottenere un interprete. È possibile ottenere documenti letti a voi e alcuni inviati a voi nella vostra lingua. Per assistenza, chiamare i servizi membri. Guardian® e le sue filiali\* sono conformi alle leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non discriminano sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, invalidità o sesso.

