




Maricopa County Community College District

Folleto de beneficios Dental



 1-844-224-4903

 mcccd@solsticebenefits.com


 www.smilemaricopa.com

TABLA DE COMPARACIÓN DE COPAGO/COASEGURO DENTAL

| TIPO DE PLAN | | DPPO ALTO | | DPPO BAJO | | S700B DHMO |
|---|------------|--|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--|
| NIVEL DE BENEFICIO | | LA RED ¹ | FUERA DE LA RED ² | LA RED ¹ | FUERA DE LA RED ³ | Consulte el Programa de beneficios en www.smilemaricopa.com |
| Deducible | Individual | \$50 | \$100 | \$0 | \$50 | Sin Deducibles |
| | Familia | \$100 | \$200 | \$0 | \$150 | |
| Beneficio Máximo Individual | Estándar | \$6,000 | \$6,000 | \$1,000 | \$750 | Sin Máximos |
| | Ortodoncia | \$2,000 por toda la vida | \$2,000 por toda la vida | \$1,000 por toda la vida | \$1,000 por toda la vida | Copagos enumerados |
| Servicios Preventivos y de Diagnóstico | | 100% | 100% | 85% | 70% | Varios copagos |
| Servicios Básicos (aplica deducible) | | 90% | 75% | 60% | 40% | |
| Servicios Mayores (aplica deducible) | | 60% | 45% | 40% | 25% | |
| Servicios de Ortodoncia | | 50% | 50% | 50% | 50% | |
| DPPO ALTO ⁴ | | DPPO BAJO ⁴ | | | | S700B DHMO ⁴ |
| Servicios Preventivos y de Diagnóstico | | <ul style="list-style-type: none"> • Red de acceso abierto: libertad para elegir cualquier dentista • Dos exámenes de rutina al año sin cargo • Dos limpiezas de rutina al año sin cargo • Empastes, coronas, endodoncias, limpiezas profundas, dentaduras postizas, puentes, los implantes y las extracciones están cubiertos con los copagos indicados⁴ | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes • Radiografías de rutina • Radiografías no rutinarias • Limpiezas (Profilaxis) • Tratamiento de flúor hasta los 18 años • Selladores hasta los 19 años • Mantenedores de espacio hasta los 19 años • Tratamiento paliativo | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes • Radiografías de rutina • Radiografías no rutinarias • Limpiezas (Profilaxis) • Tratamiento de flúor hasta los 16 años | | | | | | |
| Servicios Básicos | | <ul style="list-style-type: none"> • Selladores hasta los 16 años • Mantenedores de espacio hasta los 16 años • Tratamiento paliativo • Restauraciones • Extracciones simples • Periodoncia - No Quirúrgica - Mantenimiento Perio • Servicios complementarios | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Restauraciones • Extracciones simples • Cirugía bucal (incluye extirpación quirúrgica) • Periodoncia - Quirúrgica • Periodoncia - No Quirúrgica • Endodoncia • Anestésicos • Servicios complementarios | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Selladores hasta los 16 años • Mantenedores de espacio hasta los 16 años • Tratamiento paliativo | | | | | | |
| Servicios Mayores | | <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bucal (incluye extracción quirúrgica) • Periodoncia - Quirúrgica • Periodoncia - No quirúrgica - Todos los demás • Endodoncia • Anestésicos • Inlays/Onlays/Coronas/Implantes • Dentaduras postizas y otras prótesis removibles • Dentaduras Parciales Fijas (Puentes) | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inlays/Onlays/Coronas/Implantes • Dentaduras postizas y otras prótesis removibles • Dentaduras Parciales Fijas (Puentes) | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bucal (incluye extracción quirúrgica) • Periodoncia - Quirúrgica • Periodoncia - No quirúrgica - Todos los demás • Endodoncia • Anestésicos • Inlays/Onlays/Coronas/Implantes • Dentaduras postizas y otras prótesis removibles • Dentaduras Parciales Fijas (Puentes) | | | | | | |
| Servicios de Ortodoncia (para niños y adultos) | | <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar o corregir la desalineación de los dientes o la mordida | | | | |

¹El porcentaje de beneficios de la red se basa en las tarifas con descuento negociadas con el proveedor.

²Los beneficios fuera de la red se basan en el percentil 90 de los cargos usuales y habituales.

³Cargo máximo permitido: pagos al proveedor en función de las tarifas contratadas dentro de la red.

⁴Consulte el programa de beneficios de su plan dental para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y los copagos de los miembros.

— SOLSTICE —

SERVICIO DE CONSERJERÍA ESPECIALIZADO

(Se aplica solo al DHMO S700B)



Cuando buscas un especialista, lo último que quieres hacer es pasar tiempo tratando de encontrar uno que acepte tu plan.



Eliminamos el dolor del proceso al proporcionarle un servicio personalizado rápido.

¿Necesitas un **especialista dental?**

Llámenos al número gratuito 1-844-224-4903 y haremos lo siguiente:



LLAME

y encontraremos un proveedor disponible para usted



DISCUTIREMOS

la cobertura del plan con usted y su proveedor para que aproveche al máximo sus beneficios y ahorre con tarifas con descuento.



RESPONDEREMOS

a cualquier pregunta que pueda tener



ENVIAREMOS

la pre-autorización* al especialista que seleccione para su examen.

* La pre-autorización del especialista es la mejor manera de aprovechar al máximo sus beneficios en los copagos enumerados. Sin una pre-autorización, los miembros pueden ir directamente a un especialista en la red con un descuento del 25% en las tarifas del proveedor.



¡Aproveche al máximo sus beneficios dentales!

Conozca la diferencia entre un plan DPPO Usual y de Cargo Razonable (UCR) contra un plan de Cargo Máximo Permitido (MAC) cuando sale de la red

Como un valioso empleado del Distrito de Colegios Comunitarios del Condado de Maricopa (MCCCD), Solstice entiende lo importante que es para usted tener toda la información que necesita para hacer decisiones sobre su cuidado dental. Miremos algunos ejemplos que muestran cómo sus dos planes DPPO funcionarán si usted sale de la red con algunos procedimientos dentales comunes.



Plan UCR | DPPO alto

En el plan Usual y de Carga Razonable (UCR) los pagos de reclamo son basados en el percentil en su área. En el caso de MCCCD, su plan se basa en el percentil 90 UCR. En otras palabras, los pagos de servicios son basados sobre lo que 9 de cada 10 proveedores en su área cobran por cualquier servicio.



Plan MAC | DPPO bajo

Los beneficios fuera de la red son basados en las tarifas dentales en los procedimientos negociados entre los proveedores dentro de la red y la compañía de seguros.

Tenga en cuenta que estos son ejemplos y estimaciones. Revise los beneficios de su plan y consulte con su dentista antes del tratamiento. Todos los ejemplos asumen que servicios fueron rendidos fuera de la red y se ha alcanzado el deducible.

Siempre alentamos a nuestros miembros a priorizar las visitas a los proveedores dentro de la red siempre que posible para maximizar sus beneficios.

EMPASTES

Los empastes están cubiertos al 40% en el plan MAC y al 75% en el plan UCR. Esta es la cantidad que su plan dental pagará antes de su parte de los cargos, y fuera del deducible fuera de la red de su plan. Así es como calculará su plan:

Plan UCR | DPPO Alto



El plan dental paga el 75% del empaste en un dentista fuera de la red. 9 de cada 10 dentistas en su área cobran \$195 por un empaste. El plan paga el 75% de \$195, o \$146.25. **El paciente debe el saldo restante de \$53.75 (\$200 - \$146.25).**

Plan MAC | DPPO Bajo



El plan dental paga el 40% de las tarifas contratadas con un proveedor dentro de la red para servicios fuera de la red. Sin embargo, la tarifa negociada dentro de la red para un empaste es de \$96. Por lo tanto, el plan paga el 40% de \$96, que es \$38.40. **El paciente debe el saldo restante de \$161.60 (\$200 - \$38.40).**

El miembro con el plan Solstice UCR DPPO Alto se ahorró \$107.85.

CORONAS

Las coronas están cubiertas al 25% en el plan MAC y al 45% en el plan UCR. Esta es la cantidad que su plan dental pagará antes de su parte de los cargos, y fuera de su deducible cuando fuera de la red. Así es como calculará su plan:

Plan UCR | DPPO Alto




El plan dental paga el 45% de la corona en un dentista fuera de la red. 9 de cada 10 dentistas en su área cobran \$900 por una corona. El plan paga el 45% de \$900, o \$405. **El paciente debe el saldo restante de \$695 (\$1,100 - \$405).**

Plan MAC | DPPO Bajo


\$1,100
dentista fuera de la red

PLAN PAYS
 x  = **\$162.50**
25% dentro de la red **\$650** tarifas contratadas con un proveedor dentro de la red

MEMBER PAYS
 = **\$937.50**
remaining balance

El plan dental paga el 25% de las tarifas contratadas con un proveedor dentro de la red cuando fuera de la red. Sin embargo, la tarifa negociada dentro de la red para la corona es \$650. Por lo tanto, el plan pagará 25% de \$650, que es \$162.50. **El paciente debe el saldo restante de \$937.50 (\$1,100 - \$162.50).**

El miembro con el plan Solstice UCR DPPO Alto se ahorró \$242.50.

ENDODONCIAS

Los conductos radiculares están cubiertos al 25% en el plan MAC y al 75% en el plan UCR. Esta es la cantidad que su plan dental pagará antes de su parte de los cargos, y fuera del Deducible cuando fuera de la red. Así es como calculará su plan:

Plan UCR | DPPO Alto


\$1,317
dentista fuera de la red

PLAN PAGA
 x  = **\$843.75**
75% fuera de la red **\$1,125** 9/10 dentistas cobran

MIEMBRO PAGA
 = **\$473.25**
Saldo restante

El plan dental paga el 75% del conducto radicular en un dentista fuera de la red. 9 de cada 10 dentistas en su área cobran \$1,125 por un tratamiento de conducto. **El plan paga el 75% de \$1,125, o \$843.75. El paciente debe el saldo restante de \$473.25 (\$1,317 - \$843.75)**

Plan MAC | DPPO Bajo


\$1,317
dentista fuera de la red

PLAN PAGA
 x  = **\$166.75**
25% fuera de la red **\$667** tarifas contratadas con un proveedor dentro de la red

MIEMBRO PAGA
 = **\$1,150.25**
Saldo restante

El plan dental paga el 25% de la tarifa contratada con un proveedor dentro de la red para servicios fuera de la red. Sin embargo, la tarifa negociada dentro de la red para el tratamiento de conducto es de \$667. Por lo tanto, el plan pagará el 25% de \$ 667, que es \$166.75. **El paciente debe el saldo restante de \$1,150.25 (\$1,317 - \$166.75).**

El miembro con el plan Solstice UCR DPPO Alto se ahorró \$677.

PROGRAMA DE CUIDADO PRENATAL

IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN ORAL DURANTE EL PERÍODO PREVIO AL EMBARAZO



La **enfermedad periodontal** durante el embarazo podría conducir a un **mayor riesgo** de parto pre-término y muy pre-término.*



Un estudio de la UNC indica que las mujeres embarazadas con enfermedad de las encías pueden ser **dos veces más propensos** a estar en riesgo de pre-término.**



Los hijos de madres que tienen altos niveles de caries no tratadas o pérdida de dientes tienen más de 3 veces más probabilidades de tener caries cuando son niños.

Como miembro embarazada de **Solstice con un plan dental (segundo o tercer trimestre)**, usted es elegible para tomar ventaja de los beneficios de salud oral que son particularmente esenciales para mantener una buena salud periodontal, sin costo alguno para usted.



AHORROS DE COSTES

- Sin gastos de bolsillo para los servicios de red
- No se aplican períodos de espera si los servicios son requeridos por un dentista dentro de la red
- No se necesita remisión
- Los honorarios y gastos serán **eximidos** por:
 - Limpieza
 - Escala profunda
 - Desbridación
 - Mantenimiento periodontal
 - Periodontal maintenance



¿CÓMO FUNCIONA?

- En su próxima visita, dígame a su dentista que usted está embarazada
- Proporcione la etapa de su embarazo y la fecha de parto
- Asegúrese de que el dentista toma nota del nombre de su médico o obstetra

*Baby Steps to a Healthy Pregnancy and On-time Delivery, American Academy of Periodontology, 2005.

**National Center for Health Statistics, final natality data. Retrieved from www.marchofdimes.org/peristats

***American Dental Association, Today's News, (www.ada.org), March 28, 2002, "Study bolsters connection between periodontal disease, premature birth."

PLAN DE DESCUENTOS POR RECETA



Nuestro beneficio de medicamentos recetados ofrece ahorros sustanciales en recetas de marca y medicamentos genéricos.

Estos beneficios están disponibles a través de una red de más de **65,000 farmacias** minoristas en todo el país, incluidas las principales cadenas minoristas y a través del servicio de correo para la entrega a domicilio.

Siempre se respetará la elección de los medicamentos recetados por su médico y su preferencia por las recetas de marca o genéricas.



¡Ahorros en el **99%** de todos los medicamentos comúnmente recetados!



Ahorre un promedio del **50%** en medicamentos genéricos cuando ordene por correo.



Ahorre un promedio del **20%** en medicamentos de marca y genéricos en una farmacia.



Usted y su familia pueden usar el programa de medicamentos con descuento en cualquier momento en que su receta **no esté cubierta por el seguro**.



No hay restricciones ni límites sobre cuántas veces puede usar su tarjeta.



¡Además, también puede usar este plan para algunos de los medicamentos de su mascota! Simplemente busque por su nombre para verificar el descuento.

Visite www.smilemaricopa.com y haga clic en el plan de medicamentos recetados con descuento para verificar los costos de los medicamentos, localizar una farmacia participante, pedir o refular las recetas de pedidos por correo, y mucho más!

Administrado por CVS/Caremark. Aceptado en más de 65,000 farmacias minoristas a nivel nacional, incluidas todas las principales cadenas minoristas. Este plan no es un seguro. Los ahorros solo están disponibles en las farmacias participantes.





PLAN DE AHORRO DE AUDÍFONOS

Cuidado auditivo más allá de la comparación.

La pérdida de audición afecta a casi **40 millones** de estadounidenses.

En otras palabras, no estás solo. Como miembro de Solstice, tiene un plan de ahorro de audífonos sin cargo adicional. El plan ofrece una prueba de audición gratuita, un examen completo por \$29 y ahorros de hasta el 40% en los precios minoristas de los audífonos.

Ventajas del plan de ahorro de audífonos:



- Prueba de audición de cortesía
- Garantía de 3 años y suministro de batería de 1 año con la compra de audífonos
- Atención de seguimiento de 1 año sin costo
- 10% de descuento en www.hearingshop.com con código EARUSA

Si desea obtener más información, llámenos en cualquier momento al **1-844-224-4903** o visite nuestro sitio web al www.smilemaricopa.com.

Tenga en cuenta que este plan de ahorro no es seguro.



PORTAL DE MIEMBROS

www.smilemaricopa.com

Como miembro de Solstice, usted y su familia podrán iniciar sesión de forma segura en el portal para miembros de MySmile365 y tener acceso completo a sus beneficios dentales.

Eche un vistazo a algunas de las capacidades que ofrece el portal:



Acceda a la información sobre los beneficios de su plan



Consulte las reclamaciones presentadas anteriormente o los estados de reclamaciones pendientes



Utilice la herramienta de búsqueda de proveedores para encontrar un proveedor en su zona



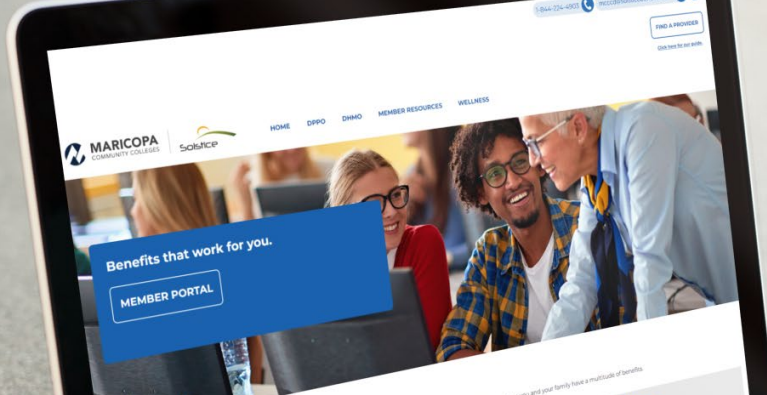
y mucho más.

¿Aún no está utilizando su portal de miembros MySmile365?

1. Visite www.smilemaricopa.com y haga clic en el botón Portal de miembros.
2. Haga clic en **registrar** y el sistema mostrará la página de verificación de miembros.
3. Ingrese su información de membresía y haga clic en continuar.
4. El sistema mostrará la página de creación de su cuenta para crear su nombre de usuario y contraseña. Ingrese su información.
5. Una vez completado, revise y seleccione que acepta los términos y condiciones y haga clic en continuar.
6. A continuación, configurará su autenticación multifactor ingresando su número de teléfono, luego ingresando el código que recibe y haciendo clic en autenticar.
7. A continuación, se le redirigirá al panel de control de su perfil para MySmile365.

*¿Necesita ayuda? ¡Estamos aquí para usted! Póngase en contacto con nuestro equipo de atención al cliente llamando al **1-844-224-4903** de lunes a viernes de 6:00 am a 6:00 pm, hora AZ*





BUSQUE UN PROVEEDOR

Encontrar un proveedor de la red Solstice es más fácil que nunca con nuestra búsqueda de proveedores. Simplemente visite www.smilemaricopa.com y siga las instrucciones a continuación.

LOCALICE UN PROVEEDOR DE SOLSTICE DENTAL EN LA WEB

PRIMER PASO

Haga clic en el botón Buscar un proveedor en la esquina superior derecha de su sitio web dedicado. Seleccione dental como su producto.

SEGUNDO PASO

Seleccione S700B si se ha inscrito en el plan DHMO. Seleccione Solstice PPO si se ha inscrito en el plan DPPO alto o DPPO bajo como su plan.

TERCER PASO

Seleccione el tipo de especialidad de proveedor que necesita visitar.

CUARTO PASO

Ingrese su código postal y luego presione buscar.

LOCALICE UN PROVEEDOR DE SOLSTICE DENTAL EN MYSMILE365

PRIMER PASO

Haga clic en el portal para miembros en su sitio web dedicado. Inicie sesión en el portal para miembros.

SEGUNDO PASO

Una vez que haya iniciado sesión en el portal de miembros de MySmile365, hará clic en el icono de menú en la esquina derecha de su panel de control.

TERCER PASO

Se abrirá una página de menú en el lado izquierdo de la pantalla y hará clic en Proveedores en las opciones del menú. Aparecerá la pantalla de búsqueda de proveedores. Seleccione el tipo de especialidad del proveedor.

CUARTO PASO

Seleccione la distancia de su oficina preferida. Luego seleccione el botón de opción use su ubicación actual o Código postal y haga clic en buscar.

¿PREGUNTAS?

¿No encuentra lo que está buscando o tiene preguntas sobre su plan?

Nuestro **Equipo de Servicios** para Miembros está aquí para ayudar.

 **1-844-224-4903**

- Llámenos de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Hora AZ
- Chat en línea, de lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Hora AZ
- Soporte en varios idiomas
- Servicio gratuito de teletipo (TTY) para miembros con discapacidad auditiva
- 4.7 **GOOGLE** Ratings



Resumen de beneficios de DPPO Alto a partir del 1/1/2023

| | NO ORTODONCIA | | ORTODONCIA | |
|---|---|---|---|--------------------------------|
| | LA RED | FUERA DE LA RED | LA RED | FUERA DE LA RED |
| Deducible anual individual por año civil | \$50 | \$100 | \$0 | \$0 |
| Deducible familiar anual por año civil | \$100 | \$200 | \$0 | \$0 |
| Máximo (la suma de todos los beneficios de la red y fuera de la red no excederá los beneficios máximos) | \$6000 por persona por Año del calendario | \$6000 por persona por Año del calendario | \$2000 por persona de por vida | \$2000 por persona de por vida |
| El deducible anual se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico | | | No (En la Red) | No (fuera de la red) |
| Transferencia máxima | | | No | |
| Requisito de elegibilidad para ortodoncia | | | Adultos y Niños | |
| SERVICIOS CUBIERTOS | EL PLAN DE RED PAGA* | PLAN FUERA DE LA RED PAGA** | DIRECTRICES DE BENEFICIOS | |
| SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO | | | | |
| Evaluación oral periódica | 100% | 100% | Los exámenes orales presentados como consulta o evaluación se pagan dos veces en cualquier año de beneficios | |
| Radiografías de rutina | 100% | 100% | Las radiografías de aleta de mordida se pagan una vez en cualquier año de beneficios | |
| Radiografías de serie completa no rutinarias | 100% | 100% | Pagadero una vez en cualquier período de 3 años | |
| Profilaxis (Limpiezas) | 100% | 100% | La profilaxis, incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal, se pagan dos veces en cualquier año de beneficios | |
| Tratamiento de fluoruro | 100% | 100% | Los tratamientos tópicos con fluoruro se pagan una vez en un año de beneficios para niños menores de 18 años. | |
| Selladores | 100% | 100% | Pagadero únicamente por la superficie oclusal de los primeros molares permanentes para niños menores de 9 años y segundos molares permanentes para niños menores de 19 años. La superficie debe estar libre de caries y restauraciones. Los selladores son un beneficio pagadero una vez en cualquier período de 3 años | |
| Mantenedores de espacio | 100% | 100% | Los servicios de mantenimiento de espacio se pagan una vez en la vida, por área en los dientes posteriores, para niños menores de 19 años | |
| Tratamiento paliativo | 100% | 100% | El tratamiento de emergencia para aliviar el dolor temporalmente NO ES un beneficio cubierto cuando se realiza junto con cualquier servicio, excepto radiografías, pruebas o exámenes. | |
| SERVICIOS BASICOS | | | | |
| Restauraciones (Amalgama o Composite) | 90% | 75% | Las restauraciones de amalgama y resina compuesta se pagan una vez por superficie dental dentro de un período de 24 meses, independientemente del número o combinación de restauraciones colocadas en una superficie. | |
| Extracciones simples | 90% | 75% | | |
| Cirugía oral (incluye extracciones quirúrgicas) | 90% | 75% | | |
| Periodoncia - Quirúrgica | 90% | 75% | La cirugía periodontal se paga una vez por área en cualquier período de 3 años | |
| Periodoncia - No Quirúrgica | 90% | 75% | El raspado y alisado radicular se pagan una vez por área en cualquier período de 24 meses La profilaxis, incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal, se pagan dos veces en cualquier año de beneficios | |
| Endodoncia | 90% | 75% | La terapia de endodoncia, el retratamiento de endodoncia y los servicios de apicectomía/perirradicular se pagan una vez por diente en cualquier período de 24 meses. Las tapas de pulpa no son servicios cubiertos | |
| Anestésicos | 90% | 75% | Si es clínicamente necesario. | |
| Servicios complementarios | 90% | 75% | | |
| SERVICIOS PRINCIPALES | | | | |
| Inlays/Onlays/Coronas/Implantes | 60% | 45% | Restauraciones indirectas (incluyendo coronas y onlays) y asociadas los procedimientos tales como núcleos y subestructuras de postes y núcleos en el mismo diente se pagan una vez en cualquier período de 5 años | |
| Dentaduras postizas y otras prótesis removibles | 60% | 45% | Se paga una dentadura postiza superior completa y una inferior completa una vez en cualquier período de 5 años para cualquier individuo. Una dentadura postiza parcial, un puente fijo y cualquier servicio asociado se pagan una vez en cualquier período de 5 años. | |
| Dentaduras Parciales Fijas (Puentes) | 60% | 45% | | |
| SERVICIOS DE ORTODONCIA | | | | |
| Diagnosticar o corregir la desalineación de los dientes o la mordida. | 50% | 50% | | |

* El porcentaje de beneficios de la red se basa en las tarifas con descuento negociadas con el proveedor.

** Los beneficios fuera de la red se basan en el percentil 90 de los cargos usuales y habituales.

Resumen de beneficios de DPPO bajo a partir del 1/1/2023

| | NO ORTODONCIA | | ORTODONCIA | |
|---|---|--|---|--------------------------------|
| | LA RED | FUERA DE LA RED | LA RED | FUERA DE LA RED |
| Deducible anual individual por año civil | \$0 | \$50 | \$0 | \$0 |
| Deducible familiar anual por año civil | \$0 | \$150 | \$0 | \$0 |
| Máximo (la suma de todos los beneficios de la red y fuera de la red no excederá los beneficios máximos) | \$1000 por persona por Año del calendario | \$750 por persona por Año del calendario | \$1000 por persona de por vida | \$1000 por persona de por vida |
| El deducible anual se aplica a los servicios preventivos y de diagnóstico | | | No (En la Red) | No (fuera de la red) |
| Transferencia máxima | | | Sí | |
| Requisito de elegibilidad para ortodoncia | | | Adultos y Niños | |
| SERVICIOS CUBIERTOS | EL PLAN DE RED PAGA* | PLAN FUERA DE LA RED PAGA** | DIRECTRICES DE BENEFICIOS | |
| SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO | | | | |
| Evaluación oral periódica | 85% | 70% | Los exámenes orales presentados como consulta o evaluación se pagan dos veces en cualquier año de beneficios | |
| Radiografías de rutina | 85% | 70% | Las radiografías de aleta de mordida se pagan una vez en cualquier año de beneficios | |
| Radiografías de serie completa no rutinarias | 85% | 70% | Pagadero una vez en cualquier período de 5 años | |
| Profilaxis (Limpiezas) | 85% | 70% | La profilaxis, incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal, se pagan dos veces en cualquier año de beneficios | |
| Tratamiento de fluoruro | 85% | 70% | Los tratamientos tópicos con fluoruro se pagan una vez en un año de beneficios para niños menores de 16 años. | |
| SERVICIOS BASICOS | | | | |
| Selladores | 60% | 40% | Pagadero únicamente por la superficie oclusal de los primeros molares permanentes para niños menores de 9 años y segundos molares permanentes para niños menores de 16 años. La superficie debe estar libre de caries y restauraciones. Los selladores son un beneficio pagadero una vez en cualquier período de 3 años | |
| Mantenedores de espacio | 60% | 40% | Los servicios de mantenimiento de espacio se pagan una vez en la vida, por área en los dientes posteriores, para niños menores de 16 años | |
| Tratamiento paliativo | 60% | 40% | El tratamiento de emergencia para aliviar el dolor temporalmente NO ES un beneficio cubierto cuando se realiza junto con cualquier servicio, excepto radiografías, pruebas o exámenes. | |
| Restauraciones (Amalgama o Composite) | 60% | 40% | Las restauraciones de amalgama y resina compuesta se pagan una vez por superficie dental dentro de un período de 24 meses, independientemente del número o combinación de restauraciones colocadas en una superficie. | |
| Extracciones simples | 60% | 40% | | |
| Periodoncia - No Quirúrgica - Mantenimiento Perio | 60% | 40% | La profilaxis, incluidos los procedimientos de mantenimiento periodontal, se pagan dos veces en cualquier año de beneficios | |
| Servicios complementarios | 60% | 40% | | |
| SERVICIOS PRINCIPALES | | | | |
| Cirugía oral (incluye extracciones quirúrgicas) | 40% | 25% | | |
| Periodoncia - Quirúrgica | 40% | 25% | La cirugía periodontal se paga una vez por área en cualquier período de 3 años | |
| Periodoncia - No quirúrgica - Todos los demás | 40% | 25% | El raspado y alisado radicular se pagan una vez por área en cualquier período de 24 meses | |
| Endodoncia | 40% | 25% | La terapia de endodoncia, el retratamiento de endodoncia y los servicios de apicectomía/perirradicular se pagan una vez por diente en cualquier período de 24 meses. Las tapas de pulpa no son servicios cubiertos | |
| Anestésicos | 40% | 25% | Si es clínicamente necesario. | |
| Inlays/Onlays/Coronas/Implantes | 40% | 25% | Restauraciones indirectas (incluyendo coronas y onlays) y asociadas los procedimientos tales como muñones y subestructuras post muñones en el mismo diente se pagan una vez en cualquier período de 5 años | |
| Dentaduras postizas y otras prótesis removibles | 40% | 25% | Se paga una dentadura postiza superior completa y una inferior completa una vez en cualquier período de 5 años para cualquier individuo. Una dentadura postiza parcial, un puente fijo y cualquier servicio asociado se pagan una vez en cualquier período de 5 años. | |
| Dentaduras Parciales Fijas (Puentes) | 40% | 25% | | |
| SERVICIOS DE ORTODONCIA | | | | |
| Diagnosticar o corregir la desalineación de los dientes o la mordida. | 50% | 50% | | |

* El porcentaje de beneficios de la red se basa en las tarifas con descuento negociadas con el proveedor.

** Los beneficios fuera de la red se basan en las tarifas contratadas por el proveedor participante.

S700B Programa de Beneficios del Plan Dental

Los afiliados al S700B tienen derecho a recibir los beneficios inmediatamente después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

- Sin periodos de espera
- Sin deducibles
- Sin formularios de reclamo para presentar

Los copagos del afiliado indicados son proporcionados por un Proveedor Participante. El afiliado recibe:

- La mayor parte de la atención preventiva y de diagnóstico sin costo alguno
- Tratamientos cosméticos y de ortodoncia cubiertos

Los Afiliados pueden encontrar un proveedor participante en
www.SolsticeBenefits.com

Departamento de Servicios para Afiliados: 1.877.760.2247

El afiliado es el responsable último de verificar la exactitud y pertinencia de todos los cargos que aplican a todos los beneficios dentales proporcionados por un Proveedor de la Red. Les pedimos a todos nuestros Afiliados que verifiquen todos los cargos de los tratamientos propuestos a través del Programa de Beneficios y/o con nuestro Departamento de Servicios para Afiliados antes del tratamiento.

Los siguientes Copagos para Afiliados se aplican cuando un Dentista Participante que es un Dentista General presta los servicios. El "*" o "+" indica que hay limitaciones en determinados beneficios. Para obtener más detalles, consulte la sección de Limitaciones.

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO |
|--------------------------------------|--|---------------------------------|--|
| EVALUACIONES CLÍNICAS BUCALES | | D9440 | Visita al consultorio - después de las horas normales de atención 35 |
| D0120 | *Evaluación bucal periódica, paciente que recibió atención en los últimos tres años 0 | D9450 | Presentación del caso, planeación detallada y exhaustiva del tratamiento 0 |
| D0140 | Examen bucal limitado - enfocado en un problema 0 | D9986 | Cita perdida 25 |
| D0145 | *Examen bucal para un paciente menor de tres años y asesorado por un proveedor médico de atención primaria 0 | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES | |
| D0150 | *Evaluación bucal integral, paciente nuevo o paciente que recibió atención en los últimos tres años 0 | D0210 | *Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas 0 |
| D0160 | *Evaluación bucal detallada y exhaustiva, enfocada al problema, según reporte 0 | D0220 | Intraoral - primera imagen radiográfica periapical 4 |
| D0170 | Re-evaluación - limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para visitas post-operatorias) 0 | D0230 | Intraoral - cada imagen radiográfica periapical adicional 2 |
| D0171 | Reevaluación – visita [posoperatoria] postoperatoria al consultorio 0 | D0240 | Intraoral – imagen radiográfica oclusal 0 |
| D0180 | *Examen periodontal integral - paciente nuevo o establecido 0 | D0250 | Extraoral: imagen radiográfica con proyección en 2D creada mediante una fuente de radiación estacionaria y un detector 0 |
| D9310 | Consultas - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico diferente al dentista o médico que lo solicita 25 | D0251 | *Extraoral: imagen radiográfica dental, posterior 0 |
| D9430 | Visita al consultorio para observación (durante las horas normales de atención) - no se brindan otros servicios 0 | D0270 | *Aleta de mordida - imagen radiográfica simple 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 - 7 a 8 imágenes radiográficas 29 |
| | | D0310 | Sialografía 150 |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | | |
|---------------------------|---|--------------------|---------------------------------------|---|-----|
| D0320 | Arтроgrama de la articulación temporomandibular, incluye inyección | 250 | D0425 | Pruebas de susceptibilidad a la caries | 0 |
| D0321 | Otras imágenes radiográficas de articulación temporomandibular, según reporte | 150 | D0431 | Prueba prediagnóstica complementaria para facilitar la detección de anomalías de la mucosa incluyendo lesiones premalignas y malignas, excluye los procedimientos de citología o biopsia | 65 |
| D0322 | Estudio tomográfico | 150 | D0460 | Pruebas de vitalidad pulpar | 0 |
| D0330 | *Imagen radiográfica panorámica | 50 | D0470 | Moldes de diagnóstico | 0 |
| D0340 | Imagen radiográfica cefalométrica en 2D: adquisición, medición y análisis | 125 | LABORATORIO DE PATOLOGÍA BUCAL | | |
| D0350 | Imágenes fotográficas bucales/faciales 2D obtenidas intra- o extraoralmente | 20 | D0472 | Adquisición del tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión del informe escrito | 0 |
| D0364 | *Tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo visual limitado - menos de una arcada completa | 169 | D0473 | Adquisición del tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión del informe escrito | 0 |
| D0365 | *Tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo visual de una arcada dental completa - mandibular | 149 | D0474 | Adquisición del tejido, examen macroscópico y microscópico, incluyendo la evaluación de los bordes quirúrgicos para verificar la presencia de enfermedad, preparación y transmisión del informe escrito | 0 |
| D0366 | *Tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo visual de una arcada dental completa - maxilar, con o sin el cráneo | 139 | D0480 | Adquisición de frotis citológico exfoliativo, examen microscópico, preparación y transmisión del informe escrito | 0 |
| D0367 | *Tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo visual de ambas maxilas, con o sin el cráneo | 139 | D0486 | Adquisición por laboratorio de una muestra citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión de un informe por escrito | 0 |
| D0368 | *Tomografía computarizada de haz cónico e interpretación de serie de articulación temporomandibular con dos o más exposiciones | 184 | D0502 | Otros procedimientos de patología oral, por informe | 0 |
| D0369 | *Captura de imagen maxilofacial por resonancia magnética e interpretación | 139 | D0600 | Procedimiento de diagnóstico no ionizante que permita cuantificar, monitorear y registrar los cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento | 0 |
| D0370 | *Captura de imagen maxilofacial por ultrasonido e interpretación | 189 | D0601 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de bajo riesgo | 0 |
| D0371 | *Captura de sialoendoscopia e interpretación | 169 | D0602 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado | 0 |
| D0380 | *Captura de imagen por tomografía computarizada de haz cónico con campo visual limitado - menos de una arcada completa | 169 | D0603 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de alto riesgo | 0 |
| D0381 | *Captura de imagen por tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de una arcada dental completa - mandíbula | 149 | D0701 | *Imagen radiográfica panorámica, solo captura de imágenes | 50 |
| D0382 | *Captura de imagen por tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de una arcada dental completa - maxilar, con o sin el cráneo | 139 | D0702 | *Imagen radiográfica cefalométrica en 2D, solo captura de imágenes | 125 |
| D0383 | *Captura de imagen por tomografía computarizada de haz cónico con campo visual de ambas maxilas, con o sin el cráneo | 139 | D0703 | *Imagen fotográfica bucal/facial en 2D obtenida intra o extraoralmente, solo captura de imágenes | 20 |
| D0384 | *Captura de imagen por tomografía computarizada de haz cónico de serie de articulación temporomandibular con dos o más exposiciones | 184 | D0705 | *Imagen radiográfica dental posterior extraoral, solo captura de imágenes | 0 |
| D0385 | *Captura de imagen maxilofacial por resonancia magnética | 139 | D0706 | *Imagen radiográfica oclusal intraoral, solo captura de imágenes | 0 |
| D0386 | *Captura de imagen maxilofacial por ultrasonido | 169 | D0707 | *Imagen radiográfica periapical intraoral, solo captura de imágenes | 2 |
| D0393 | *Simulación de tratamiento utilizando volumen de imágenes 3D | 9 | D0708 | *Imagen radiográfica intraoral de mordedura, solo captura de imágenes | 0 |
| D0394 | *Sustracción digital de dos o más imágenes o volúmenes de imágenes de la misma modalidad | 9 | D0709 | *Serie completa de imágenes radiográficas intraorales, solo captura de imágenes | 0 |
| D0395 | *Fusión de dos o más volúmenes de imágenes 3D de una o más modalidades | 9 | PROFILAXIS DENTAL | | |
| PRUEBAS Y ESTUDIOS | | | D1110 | *Profilaxis, adulto | 0 |
| D0415 | Obtención de muestra de microorganismos para cultivo y sensibilidad | 0 | D1110 | Additional prophylaxis - adult | 20 |
| | | | D1120 | *Profilaxis, niño | 0 |
| | | | D1120 | Additional prophylaxis - child | 20 |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | | |
|--|--|--|---|--|-----|
| TRATAMIENTO TÓPICO CON FLUOR (PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO) | | RESTAURACIÓN CON COMPUESTO A BASE DE RESINA - DIRECTA | | | |
| D1206 | *Aplicación tópica de barniz de flúor | 15 | D2330 | Composite a base resinas - una superficie, anterior | 30 |
| D1208 | *Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz | 0 | D2331 | Composite a base resinas - dos superficies, anteriores | 37 |
| D9910 | *Aplicación de medicamento desensibilizador | 20 | D2332 | Composite a base resinas - tres superficies, anteriores | 50 |
| OTROS SERVICIOS PREVENTIVOS | | D2335 | Composite a base resinas - cuatro o más superficies, o que involucre el ángulo incisal (anteriores) | 80 | |
| D1310 | Asesoría nutricional para controlar enfermedades dentales | 0 | D2390 | Corona de composite a base de resinas, anterior | 115 |
| D1320 | Asesoría acerca del uso del tabaco para el control y la prevención de las enfermedades bucodentales | 0 | D2391 | Composite a base resinas - una superficie, posterior | 65 |
| D1330 | Instrucciones de higiene bucal | 0 | D2392 | Composite a base resinas - dos superficies, posteriores | 75 |
| D1351 | *Sellante - por diente | 0 | D2393 | Composite a base resinas - tres superficies, posteriores | 90 |
| D1352 | *Restauración preventiva de resina en pacientes con riesgo moderado a alto de caries - diente permanente | 0 | D2394 | Composite a base resinas - cuatro o más superficies, posteriores | 115 |
| D1353 | Reparación con sellador - por diente | 0 | RESTAURACIONES CON LÁMINAS DE ORO | | |
| D1354 | *Aplicación de medicamento anticaries, por diente | 20 | D2410 | Orificación - una superficie | 75 |
| D1355 | Aplicación de medicamentos preventivos contra las caries, por diente | 20 | D2420 | Orificación - dos superficies | 95 |
| ESPACIADORES (APARATOS PASIVOS) | | D2430 | Orificación - tres superficies | 125 | |
| D1510 | *Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante | 0 | RESTAURACIONES CON INCRUSTACIONES DE INLAY/ONLAY | | |
| D1516 | *Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar | 0 | D2510 | Incrustación - metálica - una superficie | 225 |
| D1517 | *Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, mandibular | 0 | D2520 | Incrustación - metálica - dos superficies | 235 |
| D1520 | *Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante | 0 | D2530 | Incrustación - metálica - tres o más superficies | 245 |
| D1526 | *Mantenedor de espacio - removible - bilateral, maxilar | 0 | D2542 | Sobreincrustación - metálica - dos superficies | 325 |
| D1527 | *Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular | 0 | D2543 | Sobreincrustación - metálica - tres superficies | 340 |
| D1551 | Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, maxilar | 15 | D2544 | Sobreincrustación - metálica - cuatro o más superficies | 350 |
| D1552 | Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, mandibular | 15 | D2610 | Incrustación - porcelana/cerámica - una superficie | 275 |
| D1553 | Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante | 15 | D2620 | Incrustación - porcelana/cerámica - dos superficies | 300 |
| D1556 | Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante | 15 | D2630 | Incrustación - porcelana/cerámica - tres o más superficies | 325 |
| D1557 | Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, maxilar | 15 | D2642 | Sobreincrustación - porcelana/cerámica - dos superficies | 360 |
| D1558 | Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, mandibular | 15 | D2643 | Sobreincrustación - porcelana/cerámica - tres superficies | 390 |
| D1575 | Mantenedor de espacio zapatilla distal, fijo, unilateral, por cuadrante | 0 | D2644 | Sobreincrustación - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies | 400 |
| RESTAURACIONES CON AMALGAMA (INCLUYE EL PULIDO) | | D2650 | Incrustación - composite a base resinas - una superficie | 200 | |
| D2140 | Amalgamas - una superficie, en dientes temporales o permanentes | 0 | D2651 | Incrustación - composite a base resinas - dos superficies | 220 |
| D2150 | Amalgamas- dos superficies, en dientes temporales o permanentes | 0 | D2652 | Incrustación - composite a base resinas - tres o más superficies | 260 |
| D2160 | Amalgamas- tres superficies, en dientes temporales o permanentes | 0 | D2662 | Sobreincrustación - composite a base de resinas - composite a base resinas - dos superficies | 240 |
| D2161 | Amalgamas- cuatro o más superficies, en dientes temporales o permanentes | 0 | D2663 | Sobreincrustación - composite a base resinas - tres superficies | 260 |
| | | | D2664 | Sobreincrustación - composite a base de resinas - cuatro o más superficies | 283 |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | |
|--|---|--------------------|--|-----|
| CORONAS - SOLO RESTAURACIONES UNITARIAS | | | | |
| D2710 | *Corona – compuesto a base de resina (indirecta) | 195 | D2950 Refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan | 70 |
| D2712 | *Corona – ¾ de composite a base de resinas (indirecta) | 195 | D2951 Retención con perno - por diente, además de la restauración | 15 |
| D2720 | *Corona - resina con metal altamente noble | 245 | D2952 Perno y muñón (core) además de la corona, fabricados indirectamente | 88 |
| D2721 | *Corona – resina con metal predominantemente de baja ley | 245 | D2953 Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente | 95 |
| D2722 | *Corona - resina con metal noble | 245 | D2954 Perno y muñón (core) prefabricados además de la corona | 75 |
| D2740 | *Corona - porcelana/cerámica | 245 | D2955 Remoción de poste | 30 |
| D2750 | *Corona - porcelana fundida en metal altamente noble | 245 | D2957 Cada perno prefabricado adicional, en el mismo diente | 30 |
| D2751 | *Corona - porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley | 245 | D2960 Carilla labial (laminado de resina), directa | 200 |
| D2752 | *Corona - porcelana fundida con metal noble | 245 | D2961 Carilla labial (laminado de resina), indirecta | 255 |
| D2753 | *Corona, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | 245 | D2962 Carilla labial (laminado de porcelana), indirecta | 390 |
| D2780 | *Corona - ¾ por colado en metal altamente noble | 245 | D2971 Procedimientos adicionales para construir una nueva corona debajo de la estructura de una prótesis parcial existente | 45 |
| D2781 | *Corona - ¾ por colado en metal predominantemente de baja ley | 245 | D2975 Recubrimiento | 95 |
| D2782 | *Corona - ¾ por colado en metal noble | 245 | D2980 Reparación de corona necesaria por fracaso del material de restauración | 95 |
| D2783 | *Corona - 3/4 de porcelana/cerámica | 245 | D2981 Reparación de incrustación necesaria por fracaso del material de restauración | 95 |
| D2790 | *Corona - total por colado en metal altamente noble | 245 | D2982 Reparación de sobreincrustación necesaria por fracaso del material de restauración | 95 |
| D2791 | *Corona - total por colado en metal predominantemente de baja ley | 245 | D2983 Reparación de carilla necesaria por fracaso del material de restauración | 95 |
| D2792 | *Corona - total por colado en metal noble | 245 | D2990 Infiltración con resina en lesiones incipientes en superficie lisa | 29 |
| D2794 | *Corona, titanio y aleaciones de titanio | 245 | | |
| D2799 | *Corona provisoria, tratamiento adicional o finalización de diagnóstico necesario antes de impresión final | 125 | | |
| OTROS SERVICIOS DE RESTAURACIÓN | | | | |
| D2910 | Recementado o readhesión de incrustaciones, sobreincrustaciones, carillas o restauraciones de cobertura parcial | 15 | RECUBRIMIENTO PULPAR | |
| D2915 | Recementado o readhesión de perno y muñón colados o prefabricados | 20 | D3110 Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final) | 25 |
| D2920 | Recementado o readhesión de corona | 15 | D3120 Recubrimiento pulpar - indirecto (excluye restauración final) | 25 |
| D2921 | Readhesión de fragmento, borde incisal o cúspide de un diente | 15 | PULPOTOMÍA | |
| D2928 | *Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente | 49 | D3220 Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - extirpación de la desbridamiento de la pulpa, dientes temporales y permanentes | 30 |
| D2929 | *Coronas prefabricadas de porcelana/cerámica - dientes primarios | 49 | D3221 Pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento | 95 |
| D2930 | Corona prefabricadas de acero inoxidable - diente temporal | 45 | D3222 Pulpotomía parcial para lograr una apicogénesis - diente permanente con desarrollo incompleto de raíz | 75 |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente | 55 | TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN DIENTE DE LECHE | |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | 95 | D3230 Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - dientes temporales, anteriores (no incluye la restauración final) | 50 |
| D2933 | Corona prefabricadas de acero inoxidable con cubierta de resina | 145 | D3240 Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - diente temporal, posterior (no incluye la restauración final) | 50 |
| D2940 | Restauración de protección | 15 | TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (INCLUYE EL PLAN DE TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS Y ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO) | |
| D2941 | Restauración terapéutica provisoria - dentición temporal | 15 | D3310 Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final) | 110 |
| D2949 | Base restauradora para una restauración indirecta | 20 | D3320 Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final) | 195 |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | | |
|---|--|--------------------|--|---|-----|
| D3330 | Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final) | 245 | D3503 | Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar | 100 |
| D3331 | Tratamiento de una obstrucción del conducto radicular | 85 | OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENDODONCIA | | |
| D3332 | Terapia endodóncica incompleta; diente inoperable, irreparable o fracturado | 75 | D3910 | Procedimiento quirúrgico para el aislamiento de un diente con goma dique | 95 |
| D3333 | Reparación radicular interna de los defectos por perforaciones | 125 | D3920 | Hemisección (incluyendo cualquier extracción de raíces), sin incluir el tratamiento del conducto radicular | 90 |
| NUEVO TRATAMIENTO ENDODÓNTICO | | | D3921 | Decoronación o sumersión de un diente erupcionado | 30 |
| D3346 | Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – diente anterior | 300 | D3950 | Preparación del conducto y ajuste del pivote o perno preformados | 75 |
| D3347 | Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – premolar | 350 | SERVICIOS QUIRÚRGICOS (INCLUYE LA ATENCIÓN POSTOPERATORIA HABITUAL) | | |
| D3348 | Retratamiento de terapia previa del conducto radicular - molar | 440 | D4210 | Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante | 175 |
| PROCEDIMIENTOS DE APEXIFICACIÓN/ RECALCIFICACIÓN | | | D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia – uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante | 81 |
| D3351 | Apexificación/recalcificación - primera visita (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.) | 90 | D4212 | Gingivectomía o gingivoplastia para permitir acceso a un procedimiento restaurativo, por diente | 49 |
| D3352 | Apicoformación/recalcificación - reemplazo de medicamento temporal (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección del espacio pulpar, etc.) | 90 | D4240 | Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular – cuatro o más dientes vecinos o espacios limitados por dientes por cuadrante | 195 |
| D3353 | Apexificación/recalcificación - última visita (incluye el término de la terapia del conducto radicular - cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, resorción de raíz, etc.) | 90 | D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular – uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante | 185 |
| APICECTOMÍA/SERVICIOS PERIRRADICULARES | | | D4245 | Colgajo posicionado apicalmente | 150 |
| D3410 | Apicectomía – anterior | 100 | D4249 | Alargamiento clínico de corona - tejido duro | 230 |
| D3421 | Apicectomía - premolar (primera raíz) | 315 | D4260 | Cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) – cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante | 375 |
| D3425 | Apicectomía - molar (primera raíz) | 340 | D4261 | Cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) – uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante | 325 |
| D3426 | Apicectomía (cada raíz adicional) | 95 | D4263 | Injerto óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante | 450 |
| D3428 | Injerto óseo con cirugía perirradicular - por diente, sitio único | 47 | D4264 | Injerto óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante | 325 |
| D3429 | Injerto óseo con cirugía perirradicular - cada diente adyacente adicional en el mismo sitio quirúrgico | 42 | D4265 | Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejidos blandos y óseos, por sitio | 82 |
| D3430 | Retro-obturación – por raíz | 75 | D4266 | Regeneración tisular guiada - barrera reabsorbente, por sitio | 325 |
| D3431 | Materiales biológicos para ayudar la regeneración de tejidos blandos y óseos en conjunto con cirugía perirradicular | 150 | D4267 | Regeneración tisular guiada - barrera no reabsorbente, por sitio (incluye remoción de membrana) | 325 |
| D3432 | Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por sitio, en conjunto con cirugía perirradicular | 150 | D4268 | Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente | 0 |
| D3450 | Amputación radicular - por raíz | 110 | D4270 | Procedimiento de injertos en pedículo de tejido blando | 250 |
| D3460 | Implante endodóncico intraóseo | 545 | D4273 | Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluye los sitios de la cirugía del donante y receptor), en el primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto | 335 |
| D3470 | Reimplante intencional (incluye la ferulización necesaria) | 175 | D4274 | Procedimiento con cuña distal/mesial, una sola pieza dental (cuando no se realiza en conjunción con procedimientos quirúrgicos en la misma zona anatómica) | 125 |
| D3471 | Reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior | 100 | | | |
| D3472 | Reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar | 315 | | | |
| D3473 | Reparación quirúrgica de resorción de raíz, molar | 340 | | | |
| D3501 | Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, anterior | 100 | | | |
| D3502 | Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación quirúrgica de resorción de raíz, premolar | 100 | | | |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO |
|--|--|--------------------|---------------------|
| D4275 | Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluye el sitio de la cirugía del receptor y el material del donante), en el primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto | 502 | |
| D4276 | Injerto combinado de tejido conectivo y pedículo, por diente | 65 | |
| D4277 | Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye el sitio de la cirugía del donante y el receptor), en el primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto | 215 | |
| D4278 | Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluye el sitio de la cirugía del donante y el receptor), en cada diente, implante o espacio edéntulo contiguo adicional en el mismo sitio del injerto | 75 | |
| D4283 | Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluye los sitios de la cirugía del donante y receptor), en cada diente, implante o espacio edéntulo contiguo adicional en el mismo sitio del injerto | 299 | |
| D4285 | Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluye el sitio de cirugía del receptor y los materiales del donante), en cada diente, implante o espacio edéntulo contiguo adicional en el mismo sitio del injerto | 392 | |
| SERVICIO PERIODONTAL NO QUIRÚRGICO | | | |
| D4322 | Férula, intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | 115 | |
| D4323 | Férula, extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | 105 | |
| D4341 | *Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante | 50 | |
| D4342 | *Raspado periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cuadrante | 43 | |
| D4346 | Raspado en presencia de gingivitis generalizada moderada o severa – toda la boca, después de la evaluación de la cavidad oral | 50 | |
| D4355 | *Un desbridamiento bucal completo para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una visita posterior | 50 | |
| D4381 | *Distribución localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada dentro del tejido crevicular enfermo, por diente | 60 | |
| OTROS SERVICIOS PERIODONTALES | | | |
| D4910 | *Mantenimiento periodontal | 50 | |
| D4910 | Additional Periodontal maintenance procedures | 100 | |
| D4920 | Cambio no programado de apósito (realizado por alguien que no es el dentista tratante o su personal) | 25 | |
| D4921 | Irrigación gingival - por cuadrante | 15 | |
| D4999 | Procedimiento periodontal no especificado - según reporte | 0 | |
| DENTADURAS COMPLETAS (INCLUYE EL CUIDADO DE RUTINA POSTERIOR A LA COLOCACIÓN) | | | |
| D5110 | *Prótesis total - superior | 325 | |
| D5120 | *Protésis total - inferior | 325 | |
| D5130 | *Protésis inmediata - superior | 350 | |
| D5140 | *Protésis inmediata - inferior | 350 | |
| DENTADURAS PARCIALES (INCLUYE EL CUIDADO DE RUTINA POSTERIOR A LA COLOCACIÓN) | | | |
| D5211 | *Prótesis parcial maxilar – base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes convencionales) | 400 | |
| D5212 | *Prótesis parcial mandibular – base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes convencionales) | 400 | |
| D5213 | *Dentadura parcial maxilar, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 425 | |
| D5214 | *Dentadura parcial mandibular, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 425 | |
| D5221 | *Prótesis parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 420 | |
| D5222 | *Prótesis parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 420 | |
| D5223 | *Dentadura parcial maxilar inmediata, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 445 | |
| D5224 | *Dentadura parcial mandibular inmediata, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 445 | |
| D5225 | *Dentadura parcial maxilar, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 425 | |
| D5226 | *Dentadura parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | 425 | |
| D5227 | *Dentadura parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | 425 | |
| D5228 | *Dentadura parcial mandibular inmediata, base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | 425 | |
| D5282 | *Dentadura parcial unilateral removible, colada en metal de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) maxilar | 245 | |
| D5283 | *Dentadura parcial unilateral removible, colada en metal de una pieza (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular | 245 | |
| AJUSTES A LAS DENTADURAS | | | |
| D5410 | Ajuste de prótesis total superior | 15 | |
| D5411 | Ajuste de prótesis total inferior | 15 | |
| D5421 | Ajuste de prótesis parcial superior | 15 | |
| D5422 | Ajuste de prótesis parcial inferior | 15 | |
| REPARACIONES A DENTADURAS COMPLETAS | | | |
| D5511 | *Reparación de la base rota de una dentadura completa, mandibular | 35 | |
| D5512 | *Reparación de la base rota de una dentadura completa, maxilar | 35 | |
| D5520 | *Reemplazo de dientes perdidos o quebrados – prótesis total (cada diente) | 35 | |
| REPARACIONES A DENTADURAS PARCIALES | | | |
| D5611 | *Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, mandibular | 35 | |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO |
|--------------------|--|--------------------|---|
| D5612 | *Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, maxilar | 35 | |
| D5621 | *Reparación de colada en estructura parcial, mandibular | 35 | |
| D5622 | *Reparación de colada en estructura parcial, maxilar | 35 | |
| D5630 | *Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos, por diente | 35 | |
| D5640 | *Reemplazo de dientes rotos - por diente | 35 | |
| D5650 | *Adición de un diente a una prótesis parcial existente | 35 | |
| D5660 | *Agregado de gancho a dentadura parcial existente, por diente | 35 | |
| D5670 | *Reemplazo de todos los dientes y acrílicos de un esqueleto de metal colado (superior) | 155 | |
| D5671 | *Reemplazo de todos los dientes y acrílicos de un esqueleto de metal colado (inferior) | 155 | |
| D5710 | *Rebasado de una prótesis total superior | 135 | |
| D5711 | *Rebasado de una prótesis total inferior | 135 | |
| D5720 | *Rebasado de una prótesis parcial superior | 155 | |
| D5721 | *Rebasado de una prótesis parcial inferior | 155 | |
| D5725 | *Rebase de prótesis híbrida | 155 | |
| D5730 | *Revestimiento de dentadura maxilar completa (directo) | 65 | |
| D5731 | *Revestimiento de dentadura mandibular completa (directo) | 65 | |
| D5740 | *Revestimiento de dentadura maxilar parcial (directo) | 65 | |
| D5741 | *Revestimiento de dentadura mandibular parcial (directo) | 65 | |
| D5750 | *Revestimiento de dentadura maxilar completa (indirecto) | 85 | |
| D5751 | *Revestimiento de dentadura mandibular completa (indirecto) | 85 | |
| D5760 | *Revestimiento de dentadura maxilar parcial (indirecto) | 85 | |
| D5761 | *Revestimiento de dentadura mandibular parcial (indirecto) | 85 | |
| D5765 | *Revestimiento blando para dentadura removible completa o parcial, indirecto | 69 | |
| | PRÓTESIS PROVISORIA | | |
| D5810 | *Prótesis total provisional (superior) | 250 | |
| D5811 | *Prótesis total provisional (inferior) | 250 | |
| D5820 | *Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), maxilar | 175 | |
| D5821 | *Dentadura parcial provisoria, (incluidos materiales de retención/ganchos, soportes y dientes), mandibular | 175 | |
| | OTRAS PRÓTESIS REMOVIBLES | | |
| D5850 | Acondicionamiento de tejido, maxilar | 20 | |
| D5851 | Acondicionamiento de tejido, mandibular | 20 | |
| D5862 | Anclaje de precisión, según reporte | 150 | |
| D5899 | Procedimiento de prostodoncia removible no especificado, según reporte | 0 | |
| | | | PROCEDIMIENTOS NO CLÍNICOS |
| | | | D5982 Stent quirúrgico 150 |
| | | | D5987 Férula de comisura 150 |
| | | | D5988 Férula quirúrgica 150 |
| | | | SERVICIOS PREQUIRÚRGICOS |
| | | | D6190 Índice radiográfico/ quirúrgico para implantes, según reporte 235 |
| | | | SERVICIOS QUIRÚRGICOS |
| | | | D6010 *Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteico 1010 |
| | | | D6012 *Colocación quirúrgica del cuerpo de un implante temporal para una prótesis de transición: implante endoóptico 1010 |
| | | | D6100 Remoción quirúrgica de cuerpo de implante 700 |
| | | | PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADAS |
| | | | D6056 *Pilar prefabricado - incluye colocación 440 |
| | | | D6057 *Poste hecho a la medida - incluye colocación 550 |
| | | | D6058 *Corona de porcelana/cerámica apoyada por un pilar 750 |
| | | | D6059 *Corona de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyada por un pilar 750 |
| | | | D6060 *Corona de porcelana fundida en metal (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar 750 |
| | | | D6061 *Corona de porcelana fundida en metal (noble) apoyada por un pilar 750 |
| | | | D6062 *Corona de metal fundido (metal altamente noble) apoyada por un pilar 750 |
| | | | D6063 *Corona de metal fundido (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar 750 |
| | | | D6064 *Corona de metal fundido (metal noble) apoyada por un pilar 750 |
| | | | D6065 *Corona implantosoportada de porcelana/cerámica 750 |
| | | | D6066 *Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones con alto contenido de metal noble 750 |
| | | | D6067 *Corona sujeta por implante, aleaciones con alto contenido de metal noble 750 |
| | | | D6068 *Retenedor para PPF de porcelana/ cerámica apoyado por un pilar 750 |
| | | | D6069 *Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyado por un pilar 750 |
| | | | D6070 *Retenedor para PPF de porcelana fundida a metal (predominantemente metal de baja ley) apoyado por un pilar 750 |
| | | | D6071 *Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (noble) apoyado por un pilar 750 |
| | | | D6072 *Retenedor para PPF de metal colado (metal altamente noble) apoyado por un pilar 750 |
| | | | D6073 *Retenedor para PPF de metal colado (predominantemente de metal de baja ley) apoyado por un pilar 750 |
| | | | D6074 *Retenedor para PPF de metal colado (metal noble) apoyado por un pilar 750 |
| | | | D6075 *Retenedor implantosoportado para PPF de cerámica 750 |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | | |
|--------------------|--|--------------------|---|--|-----|
| D6076 | *Retenedor sujeto por implante para PPF, porcelana fundida en aleaciones con alto contenido de metal noble | 750 | D6198 | Remoción de componente de implante provisorio | 700 |
| D6077 | *Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, aleaciones con alto contenido de metal noble | 750 | OTROS SERVICIOS DE IMPLANTES | | |
| D6081 | Raspado y debridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin acceso ni cierre del colgajo. | 50 | D6080 | Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retiran y se reinsertan las prótesis, incluyendo la limpieza de las prótesis y de los pilares | 180 |
| D6082 | *Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base | 750 | D6090 | Reparación de prótesis implantosoportada, según informe | 400 |
| D6083 | *Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles | 750 | D6092 | Recementado o readhesión de corona implantosoportada o apoyada por pilar | 45 |
| D6084 | *Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | 750 | D6093 | Recementado o readhesión de prótesis parcial fija implantosoportada o apoyada por pilar | 65 |
| D6085 | Corona de implante provisoria | 125 | D6095 | Reparación del pilar de un implante, según reporte | 220 |
| D6086 | *Corona sujeta por implante, aleaciones predominantemente base | 750 | D6096 | Extracción de tornillo de retención para implantes roto | 500 |
| D6087 | *Corona sujeta por implante, aleaciones nobles | 750 | PÓNTICOS DE DENTADURAS PARCIALES FIJAS | | |
| D6088 | *Corona sujeta por implante, titanio y aleaciones de titanio | 750 | D6205 | *Póntico - composite indirecto a base de resinas | 750 |
| D6094 | *Corona sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio | 750 | D6210 | *Póntico - de metal altamente noble colado | 245 |
| D6097 | *Corona sujeta por pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | 750 | D6211 | *Póntico - de metal colado predominantemente de baja ley | 245 |
| D6098 | *Retenedor sujeto por implante, porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base | 750 | D6212 | *Póntico - de metal noble colado | 245 |
| D6099 | *Retenedor sujeto por implante para PPF, porcelana fundida sobre aleaciones nobles | 750 | D6214 | *Póntico, titanio y aleaciones de titanio | 245 |
| D6110 | *Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – maxilar | 1255 | D6240 | *Póntico - porcelana fundida en metal altamente noble | 245 |
| D6111 | *Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – mandibular | 1255 | D6241 | *Póntico - porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley | 245 |
| D6112 | *Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – maxilar | 995 | D6242 | *Póntico - porcelana fundida en metal noble | 245 |
| D6113 | *Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – mandibular | 995 | D6243 | *Póntico, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | 245 |
| D6114 | *Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – maxilar | 3855 | D6245 | *Póntico - porcelana/cerámica | 245 |
| D6115 | *Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – mandibular | 3855 | D6250 | *Póntico - resina en metal altamente noble | 245 |
| D6116 | *Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo - maxilar | 2255 | D6251 | *Póntico - resina en metal predominantemente de baja ley | 245 |
| D6117 | *Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – maxilar | 2255 | D6252 | *Póntico - resina con metal noble | 245 |
| D6118 | *Dentadura fija provisoria sujeta por implante/pilar para arco edéntulo - mandibular | 1804 | D6253 | *Póntico provisorio, tratamiento adicional o finalización de diagnóstico necesario antes de impresión final | 0 |
| D6119 | *Dentadura fija provisoria sujeta por implante/pilar para arco edéntulo - maxilar | 1804 | RETENEDORES DE DENTADURA PARCIAL FIJA - INCRUSTACIONES INLAY/ONLAY | | |
| D6120 | *Retenedor sujeto por implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | 750 | D6545 | Retenedor – de metal colado para prótesis fijas de resina adherida | 390 |
| D6121 | *Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, predominantemente aleaciones base | 750 | D6548 | Retenedor – de porcelana/ cerámica para prótesis fija de resina adherida | 225 |
| D6122 | *Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, aleaciones nobles | 750 | D6600 | Incrustación y retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies | 245 |
| D6123 | *Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, titanio y aleaciones de titanio | 750 | D6601 | Incrustación y retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies | 245 |
| | | | D6602 | Incrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, dos superficies | 245 |
| | | | D6603 | Incrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, tres o más superficies | 245 |
| | | | D6604 | Incrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, dos superficies | 245 |
| | | | D6605 | Incrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, tres o más superficies | 245 |
| | | | D6606 | Incrustación y retenedor: colados en metal noble, dos superficies | 245 |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | |
|--------------------|---|--------------------|---|-----|
| D6607 | Incrustación y retenedor: colados en metal noble, tres o más superficies | 245 | D6794 *Corona de retenedor, titanio y aleaciones de titanio | 245 |
| D6608 | Sobreincrustación y retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies | 245 | OTROS SERVICIOS DE DENTADURAS PARCIALES FIJAS | |
| D6609 | Sobreincrustación y retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies | 245 | D6930 Recementado o readhesión de una prótesis parcial fija | 15 |
| D6610 | Sobreincrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, dos superficies | 245 | D6940 Rompefuerzas | 125 |
| D6611 | Sobreincrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, tres o más superficies | 245 | D6950 Aditamento de precisión | 195 |
| D6612 | Sobreincrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, dos superficies | 245 | D6980 Reparación de prótesis parcial fija necesaria debido a fracaso del material de restauración | 80 |
| D6613 | Sobreincrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, tres o más superficies | 245 | EXTRACCIONES (INCLUYE ANESTESIA LOCAL, SUTURA, EN CASO DE SER NECESARIA, Y TENCIÓN POSTOPERATORIA DE RUTINA) | |
| D6614 | Sobreincrustación y retenedor: colados en metal noble, dos superficies | 245 | D7111 Extracción, restos de coronas - dientes temporales | 50 |
| D6615 | Sobreincrustación y retenedor: colados en metal noble, tres o más superficies | 245 | D7140 Extracción, erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevador y/o por fórceps) | 20 |
| D6624 | Incrustación y retenedor: titanio | 245 | D7210 Extracción de dientes erupcionados que requieren el levantamiento de un colgajo mucoperióstico y la remoción de hueso y/o la sección de un diente | 30 |
| D6634 | Sobreincrustación y retenedor: titanio | 245 | OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS | |
| | ETENEDORES DE DENTADURA PARCIAL FIJA - CORONAS | | D7220 Remoción de diente impactado - tejido blando | 50 |
| D6710 | *Corona y retenedor: compuesto a base de resina indirecta | 245 | D7230 Remoción de diente impactado - parcialmente en hueso | 65 |
| D6720 | *Corona y retenedor: resina con alto contenido de metal noble | 245 | D7240 Remoción de diente impactado - totalmente en hueso | 80 |
| D6721 | *Corona y retenedor: resina con metal predominantemente básico | 245 | D7241 Remoción de diente impactado - totalmente en hueso, con complicaciones quirúrgicas poco comunes | 135 |
| D6722 | *Corona y retenedor: resina con metal noble | 245 | D7250 Remoción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte) | 40 |
| D6740 | *Corona y retenedor: porcelana/cerámica | 245 | D7251 Coronectomía - remoción intencional parcial del diente | 270 |
| D6750 | *Corona y retenedor: porcelana fundida sobre metal predominantemente noble | 245 | D7260 Cierre de fístula oroantral | 160 |
| D6751 | *Corona y retenedor: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico | 245 | D7261 Cierre primario de una perforación de seno | 275 |
| D6752 | *Corona y retenedor: porcelana fundida sobre metal noble | 245 | D7270 Reimplante dental y/o estabilización de un diente avulsionado o desplazado accidentalmente | 50 |
| D6753 | *Corona de retenedor, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | 245 | D7272 Transplante dental (incluye el reimplante de un sitio a otro y la ferulización y/o estabilización) | 100 |
| D6780 | *Corona y retenedor: parcial (3/4) colados con alto contenido de metal noble | 245 | D7280 Exposición de un diente retenido | 125 |
| D6781 | *Corona y retenedor: parcial (3/4) colados en metal predominantemente básico | 245 | D7282 Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para facilitar su erupción | 125 |
| D6782 | *Corona y retenedor: parcial (3/4) colados en metal noble | 245 | D7283 Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado | 80 |
| D6783 | *Corona y retenedor: parcial (3/4) de porcelana/cerámica | 245 | D7285 Biopsia por incisión de tejido bucal - duro (hueso, diente) | 125 |
| D6784 | *Corona de retenedor ¾, titanio y aleaciones de titanio | 245 | D7286 Biopsia por incisión de tejido bucal - blando | 85 |
| D6790 | *Corona y retenedor: completa con alto contenido de metal noble | 245 | D7287 Toma de una muestra citológica exfoliativa | 75 |
| D6791 | *Corona y retenedor: completa con predominio de metal básico | 245 | D7288 Biopsia con cepillo - toma de una muestra transepitelial | 25 |
| D6792 | *Corona y retenedor: completa de metal noble | 245 | D7291 Fibrotomía transeptal/ fibrotomía supra cresta alveolar, por informe | 40 |
| D6793 | *Corona de retenedor provisoria, tratamiento adicional o finalización de diagnóstico necesario antes de impresión final | 125 | ALVEOLOPLASTIA - PREPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL BORDE | |
| | | | D7310 Alveoloplastia con extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | 40 |
| | | | D7311 Alveoloplastia con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | 40 |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO |
|--------------------|--|--------------------|---------------------|
| D7320 | Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | 60 | |
| D7321 | Alveoloplastia sin extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | 60 | |
| | VESTIBULOPLASTÍA | | |
| D7340 | Vestibuloplastia - extensión marginal (epitelialización secundaria) | 370 | |
| D7350 | Vestibuloplastia - extensión marginal (incluye colgajos de tejido blando, reimplantación de músculos, revisión de implantes de tejido blando, y manejo de tejido hipertrofiado e hiperplásico) | 990 | |
| | EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DE LESIONES DE TEJIDO BLANDO | | |
| D7410 | Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm | 25 | |
| D7411 | Extirpación de lesión benigna mayor a 1.25 cm | 50 | |
| D7412 | Extirpación de lesión benigna, complicada | 55 | |
| | EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA DE LESIONES INTRAÓSEAS | | |
| D7450 | Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm | 65 | |
| | EXTIRPACIÓN DE TEJIDO ÓSEO | | |
| D7471 | Remoción de exóstosis lateral (maxilar o mandibular) | 95 | |
| D7472 | Remoción del torus palatino | 95 | |
| D7473 | Remoción del torus mandibular | 95 | |
| D7485 | Reducción de tuberosidad ósea | 95 | |
| | INCISIÓN QUIRÚRGICA | | |
| D7510 | Incisión y drenaje de absceso -tejido blando intraoral | 20 | |
| D7511 | Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral - complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales) | 20 | |
| D7520 | Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extraoral | 20 | |
| D7521 | Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando extraoral - complicado (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales) | 20 | |
| | REPARACIÓN DE HERIDAS TRAUMÁTICAS | | |
| D7910 | Sutura de heridas pequeñas recientes hasta 5 cm | 35 | |
| | OTROS PROCEDIMIENTOS DE REPARACIÓN | | |
| D7921 | Recolección y aplicación de un producto sanguíneo autógeno concentrado | 125 | |
| D7950 | Injerto óseo, osteoperióstico o cartilaginoso de la mandíbula o la maxila - autógeno o no autógeno, por informe | 350 | |
| D7951 | Incremento sinusal con hueso o con sustitutos del hueso por vía de acceso lateral | 800 | |
| D7952 | Incremento sinusal por vía de acceso vertical | 350 | |
| D7953 | Injerto óseo para preservar el reborde alveolar - por sitio | 100 | |
| D7961 | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía) | 105 | |
| D7962 | Rrenectomía lingual (frenulectomía) | 105 | |
| D7963 | Frenuloplastia | 105 | |
| D7970 | Extirpación de tejido hiperplásico - por arco | 140 | |
| D7971 | Excisión de encía pericoronaria | 102 | |
| D7972 | Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa | 125 | |
| | TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO | | |
| D8010 | Tratamiento de ortodoncia limitado a dentición primaria | 1000 | |
| D8020 | Tratamiento de ortodoncia limitado a dentición de transición | 1000 | |
| D8030 | Tratamiento de ortodoncia limitado a dentición adolescente | 1000 | |
| D8040 | Tratamiento de ortodoncia limitado a dentición adulta | 1350 | |
| | TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL | | |
| D8070 | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición | 2200 | |
| D8080 | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente | 2250 | |
| D8090 | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adulta | 2350 | |
| | TRATAMIENTO MENOR PARA CONTROLAR HÁBITOS PERJUDICIALES | | |
| D8210 | *Terapia de dispositivos extraíbles | 103 | |
| D8220 | *Terapia de dispositivos fijos | 103 | |
| | OTROS SERVICIOS DE ORTODONCIA | | |
| D8660 | Examen antes del tratamiento de ortodoncia para monitorizar el crecimiento y desarrollo | 35 | |
| D8670 | Consulta periódica durante el tratamiento de ortodoncia | 0 | |
| D8680 | Retención ortodóntica (remoción de dispositivos, elaboración y colocación de retenedor/es) | 300 | |
| D8681 | Ajuste del retenedor de ortodoncia extraíble | 0 | |
| D8698 | Recementado o readhesión de retenedor fijo, maxilar | 0 | |
| D8699 | Recementado o readhesión de retenedor fijo, mandibular | 0 | |
| D8999 | Procedimiento ortodóntico no especificado, según reporte | 250 | |
| | TRATAMIENTO NO CLASIFICADO | | |
| D9110 | Tratamiento paliativo (de emergencia) para dolores dentales - procedimiento menor | 0 | |
| D9120 | Sección de una prótesis parcial fija | 0 | |
| | ANESTESIA | | |
| D9210 | Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos | 0 | |
| D9211 | Anestesia regional | 0 | |
| D9212 | Anestesia troncular para las divisiones del trigémino | 0 | |
| D9215 | Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos | 0 | |
| D9222 | Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos | 50 | |
| D9223 | Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales posteriores | 50 | |
| D9230 | Inhalación de óxido nítrico/ansiolisis, analgesia | 20 | |
| D9239 | Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa - primeros 15 minutos | 65 | |
| D9243 | Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa, cada 15 minutos adicionales posteriores | 65 | |
| D9248 | Sedación consciente no intravenosa | 15 | |

| CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO | CÓDIGO DESCRIPCIÓN | COPAGO DEL AFILIADO |
|-------------------------|--|--------------------|---------------------|
| MEDICAMENTOS | | | |
| D9610 | Medicamento terapéutico parenteral, administración única | 15 | |
| D9630 | Otros fármacos y/o medicamentos entregados en el consultorio para uso domiciliario | 15 | |
| SERVICIOS VARIOS | | | |
| D9910 | *Aplicación de medicamento desensibilizador | 20 | |
| D9911 | Aplicación de resina para desensibilizar superficies de raíz y/o cervicales, por diente | 0 | |
| D9912 | Evaluación del paciente antes de la visita | 0 | |
| D9930 | Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgico) - circunstancias poco comunes, según informe | 0 | |
| D9932 | Limpieza e inspección de dentadura completa maxilar extraíble | 0 | |
| D9933 | Limpieza e inspección de dentadura completa mandibular extraíble | 0 | |
| D9934 | Limpieza e inspección de dentaduras parciales maxilares extraíbles | 0 | |
| D9935 | Limpieza e inspección de dentaduras parciales mandibulares extraíbles | 0 | |
| D9942 | Reparación y/o reajuste de un protector oclusal | 40 | |
| D9943 | Ajuste del protector oclusal | 25 | |
| D9944 | *Protector oclusal – aparato rígido, arco completo | 250 | |
| D9945 | *Protector oclusal – aparato blando, arco completo | 250 | |
| D9946 | *Protector oclusal – aparato rígido, arco parcial | 250 | |
| D9947 | Fabricación y colocación de aparato adaptado para la apnea del sueño | 1900 | |
| D9948 | Ajuste de aparato adaptado para la apnea del sueño | 85 | |
| D9949 | Reparación de aparato adaptado para la apnea del sueño | 88 | |
| D9950 | Análisis de oclusión - caso con montaje | 75 | |
| D9951 | Ajuste oclusal - limitado | 30 | |
| D9952 | Ajuste oclusal - completo | 100 | |
| D9973 | Blanqueamiento externo - por diente | 30 | |
| D9975 | Blanqueamiento externo realizado en casa, por arcada; incluye materiales y fabricación de cucharillas hechas a la medida | 240 | |
| D9991 | Gestión de casos dentales – búsqueda de soluciones a las barreras que impiden cumplir con las visitas | 0 | |
| D9992 | Gestión de casos dentales – coordinación de la atención | 0 | |
| D9993 | Gestión de casos dentales – entrevista motivacional | 0 | |
| D9994 | Gestión de casos dentales – Educación del paciente sobre el cuidado de la salud bucal. | 0 | |
| D9997 | Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica | 0 | |

Es posible que determinados procedimientos dentales que el proveedor pueda considerar y proponer como un procedimiento mejorado tengan un costo adicional de material y tarifas de laboratorio además del copago establecido.

Servicios de especialidad

1. Este Listado de Beneficios para Afiliados se aplica cuando los servicios odontológicos enumerados los realiza un Odontólogo General de la Red, salvo que sea autorizado por Solstice.
2. Por los procedimientos que no aparezcan en el Listado de Beneficios, realizados por un Odontólogo General participante, se cobrará la tarifa Habitual del Odontólogo General de la Red, menos un 25%.
3. Es posible que el Odontólogo General de la Red que usted seleccione no realice todos los procedimientos enumerados. Los copagos que aparecen en el documento corresponden a los Odontólogos Generales de la Red.
4. En caso de que se requieran los servicios de un Odontólogo con Especialización de la Red (NSD por sus siglas en inglés) (cirujano dentista, endodoncista, periodoncista u odontólogo pediátrico), puede recibir esta atención de dos maneras: (1) Puede dirigirse directamente a un NSD sin derivación y recibir un 25% de descuento de la tarifa Habitual del proveedor; o (2) puede obtener una autorización previa por escrito de Solstice y recibir el tratamiento de especialidad por parte de un NSD pagando los copagos enumerados. Consulte la Política de Derivación para Atención de Especialidades que se encuentra en el manual del Afiliado.
5. Si se requieren los servicios de un Ortodoncista, puede recibir la atención de dos maneras: (1) Puede dirigirse directamente a un NSD sin derivación y recibir un 25% de descuento sobre la tarifa habitual del proveedor; o (2) puede comunicarse con Servicios para el Afiliado para encontrar el ortodoncista participante más cercano que realizará los Servicios Cubiertos cobrando por ello el Copago para afiliados enumerado en la lista.
6. Los afiliados que busquen tratamiento de implante deben consultar a su implantólogo participante, una Red exclusiva de Proveedores Participantes. No todos los proveedores realizan los procedimientos de implantes con los copagos que aparecen en el Listado de Beneficios. Consulte el listado de proveedores en www.solsticebenefits.com en la sección "Encontrar un Proveedor" (Locate a Provider).

Exclusiones

1. Los servicios realizados por un odontólogo u odontólogo especialista, que no tenga un contrato con Solstice sin autorización previa.
2. Todo servicio o aparato odontológico que se determine que no es razonable y/o necesario para mantener o mejorar la salud dental del Afiliado o de naturaleza experimental, según lo determine el Proveedor Participante.
3. Cirugía ortognática o procedimientos y aparatos para el tratamiento de trastornos miofuncionales, mioesqueléticos o de la articulación temporomandibular, salvo que, por el contrario, se especifique como un Beneficio de Ortodoncia en el Listado de Beneficios.
4. Todo gasto hospitalario de internación/ambulatorio de cualquier tipo, incluyendo cargos de odontólogo/médico, recetas o medicamentos.
5. Tratamiento de malignidades, quistes o neoplasias, sin evidencia de necesidad médica y la aprobación previa de Solstice.
6. Los servicios odontológicos iniciados con anterioridad a la elegibilidad del Afiliado en virtud de este Plan Dental o que comenzaron luego de la finalización del plan del Afiliado.
7. Todo servicio odontológico o tratamiento que no se pueda realizar en el consultorio del odontólogo debido a la salud general o a limitaciones físicas del Afiliado, lo que incluye, entre otros, resistencia física o emocional, incapacidad de concurrir al consultorio del dentista, o alergia a la anestesia local de uso habitual.


Limitaciones

1. Toda evaluación bucal (excluyendo problemas) está limitada a Una (1) vez cada seis (6) meses consecutivos; los exámenes exhaustivos solo pueden ser cubiertos una (1) vez cada 36 meses, si y solo si el paciente es considerado como paciente nuevo. Todas las evaluaciones bucales posteriores tendrán una reducción del 25% de los honorarios usuales y habituales del dentista, sin limitación en la frecuencia.
2. Todas las radiografías de aleta de mordida están limitadas a un set de placas en un período de doce (12) meses consecutivos.
3. El procedimiento de profilaxis dental o de mantenimiento periodontal está limitado a una (1) vez en un período de seis (6) meses consecutivos. Todo procedimiento adicional se ajustará a los copagos para afiliados D1110 y D4910, según se indica en el Programa de Beneficios.
4. El tratamiento con flúor está limitado a una (1) vez en un período de doce (12) meses consecutivos.
5. Los selladores (D1351 o D1352) están limitados a una (1) vez por diente en un período de tres (3) años consecutivos. Esto solo está permitido para los dientes molares permanentes no restaurados para niños menores de 16 años.
6. Los aparatos correctores de hábitos nocivos están limitados a una (1) vez por persona menor de 16 años.
7. La anestesia general o la sedación intravenosa están disponibles cuando se indican en el Programa de Beneficios, son necesarios desde el punto de vista médico y fueron aprobadas previamente por Solstice.
8. [Las dentaduras postizas nuevas incluyen un (1) revestimiento dentro de los primeros seis (6) meses.
9. El reemplazo de coronas, implantes y puentes fijos o dentaduras postizas se limita a una (1) vez cada cinco (5) años consecutivos. Estos servicios de restauración se prestarán con mayor frecuencia si son necesarios desde el punto de vista médico].
10. Cuando las coronas, implantes y/o puentes superen las seis (6) unidades consecutivas, se cobrará un cargo adicional de \$30.00 por unidad.
11. Los copagos por procedimientos de endodoncia no incluyen el costo de la restauración final.
12. [Los copagos marcados con "+" no califican para un especialista].
13. [Los D0210, D0251 o D0330 son reembolsables una (1) vez cada cinco (5) años consecutivos].
14. Se pueden obtener copias de radiografías por \$2 por placa periapical hasta un máximo de \$30. Las radiografías panorámicas pueden obtenerse por un importe de \$15.
15. Los D0274, D0277 o D0210 son pagaderos solo cuando no se tomaron (pagado) otras placas incluidas en los últimos seis (6) meses.
16. Todos los cargos por ajuste de dentaduras postizas son para dentaduras que no fueron fabricadas en el consultorio actual; todos los ajustes de dentaduras postizas para nuevas dentaduras hechas dentro de los 12 meses son gratis para el afiliado.
17. El tratamiento de emergencia está disponible para el tratamiento paliativo para la disminución del dolor hasta \$100.00 por caso.
18. [El consultorio odontológico puede cobrar un cargo de hasta \$20.00 si se ausenta a la cita y no avisa con 24 horas de antelación].
19. [Remoción quirúrgica de las muelas de juicio está cubierta cuando existe patología (enfermedad). La extracción quirúrgica de muelas del juicio/tercer molar cuando no existe patología se cubrirá con un 25% de descuento sobre los honorarios habituales del dentista general o del especialista. Las cirugías relacionadas con la ortodoncia (excepto la D7280) necesarias para aliviar el apiñamiento o facilitar la erupción están disponibles con una reducción del 25% de los honorarios usuales y habituales del médico].
20. El afiliado puede elegir un tratamiento mejor en lugar de un tratamiento de ortodoncia tradicional, y pagará la diferencia del copago de ortodoncia del afiliado indicado para el tratamiento mejorado.
21. El uso de protectores oclusales está limitado a una (1) vez en treinta y seis (36) meses consecutivos para tratar el rechinar/burxismo habitual.
22. [D0364-D0395 está limitado a una (1) vez en un período de sesenta (60) meses, cubierto solo en un entorno dental y no en un centro de imágenes radiográficas].
23. Los servicios de diagnóstico, prevención y restauración se prestarán con mayor frecuencia si se determina que son necesarios desde el punto de vista médico.

www.solsticebenefits.com

NOTAS

"Solstice" is the brand name for plans, products, and services provided by the subsidiaries and affiliate companies of Solstice Benefits, Inc. Plans, products, and services are provided by one or more Solstice entities. Not all plans, products, and services are available in each state. Solstice legal entities include: Solstice Benefits, Inc., Solstice Health Insurance Company, Solstice Healthplans, Inc., Solstice Healthplans of Arizona, Inc., Solstice Healthplans of Colorado, Inc., Solstice of Illinois, Inc., Solstice Healthplans of Ohio, Inc., Solstice Healthplans of Texas, Inc., Solstice of New York, Inc., Solstice Administrators, Inc., Solstice Administrators of Alabama, Inc., Solstice of Minnesota, Inc., Solstice Administrators of Missouri, Inc., Solstice Administrators of North Carolina, Inc., Claims Management Systems, Inc. Administrative Office for all Solstice entities: 7901 SW 6th Ct., Ste. 400, Plantation, FL 33324. 954.370.1700. www.solsticebenefits.com

 1-844-224-4903

 mccd@solsticebenefits.com

 www.smilemaricopa.com