



SafeGuard[®] Lista de Beneficios

Remisión Directa Plan Dental* SGX245-CA

Esta Lista de Beneficios lista los servicios disponibles para usted bajo el plan SafeGuard, así como los copagos asociados con cada procedimiento. Hay otros factores que influyen la manera en que trabaja su plan. Estos se incluyen en la sección de Exclusiones y limitaciones de este documento.

Durante el tratamiento, el dentista general participante en SafeGuard que haya seleccionado puede recomendar los servicios de un especialista dental. Además, los servicios no listados están disponibles con su dentista general o dentista de atención especializada participante en SafeGuard a un 75 % de su tarifa usual y acostumbrada.

Citas perdidas: Si necesita cancelar o reprogramar una cita, debe notificar al consultorio dental con tanta anticipación como sea posible. Esto permitirá que el consultorio programe a otra persona que necesita atención.

*El dentista general participante en SafeGuard que haya seleccionado es responsable de coordinar su atención dental, y si es necesario, le referirá a un especialista participante en SafeGuard y presentará a SafeGuard toda la documentación requerida sobre cualquier referencia necesaria.

Beneficios proporcionados por SafeGuard Health Plans, Inc.

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|--|---|-----------------|
| Tratamiento Diagnóstico | | |
| D0120 | Evaluación bucal periódica – paciente establecido | \$0 |
| D0140 | Evaluación bucal limitada – enfocada en problema | \$0 |
| D0145 | Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoramiento para el cuidador primario | \$0 |
| D0150 | Evaluación bucal integral – paciente nuevo o establecido | \$0 |
| D0160 | Evaluación bucal detallada y extensa – enfocada en problema, por informe | \$0 |
| D0170 | Reevaluación – limitada, enfocada en problema (paciente establecido, no en visita posoperatoria) | \$0 |
| D0180 | Evaluación periodontal integral – paciente nuevo o establecido | \$0 |
| | Cobro de consulta - por consulta (todos los honorarios incluyendo para el control de la esterilización y/o de la infección) | \$5 |
| Radiografías/Estudios de Diagnóstico por Imágenes (Rayos X) | | |
| D0210 | Intrabucal – serie completa (rayos X de aleta de mordida incluidos) | \$0 |
| D0220 | Intrabucal – primera placa periapical | \$0 |
| D0230 | Intrabucal – cada placa periapical adicional | \$0 |
| D0240 | Intrabucal – placa oclusal | \$0 |
| D0250 | Extrabucal – primera placa | \$0 |
| D0260 | Extrabucal – cada placa adicional | \$0 |
| D0270 | Rayos X de aleta de mordida – una placa | \$0 |
| D0272 | Rayos X de aleta de mordida – dos placas | \$0 |
| D0273 | Rayos X de aleta de mordida – tres placas | \$0 |
| D0274 | Rayos X de aleta de mordida – cuatro placas | \$0 |
| D0277 | Rayos X verticales de aleta de mordida – 7 a 8 placas | \$0 |
| D0330 | Radiografía panorámica | \$0 |
| D0350 | Imágenes fotográficas bucofaciales | \$0 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|---------------------------------|--|-----------------|
| Pruebas y Exámenes | | |
| D0415 | Obtención de muestra de microorganismos para cultivo y sensibilidad | \$0 |
| D0425 | Pruebas de propensión a caries | \$0 |
| D0431 | Prueba prediagnóstica complementaria para facilitar la detección de anomalías de la mucosa y de lesiones premalignas y malignas, excluye los procedimientos de citología o biopsia | \$50 |
| D0460 | Prueba de vitalidad pulpar | \$0 |
| D0470 | Modelos de diagnóstico | \$0 |
| D0472 | Acceso a tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito | \$0 |
| D0473 | Acceso a tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | \$0 |
| D0474 | Acceso a tejido, examen macroscópico y microscópico, evaluación de los bordes quirúrgicos para detectar la presencia de enfermedades, preparación y transmisión de informe escrito | \$0 |
| D0486 | Acceso a muestras de biopsia por cepillo, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | \$0 |
| Servicios Preventivos | | |
| D1110 | Profilaxis – adultos | \$0 |
| | Profilaxis adicional para adultos, con o sin fluoruro (maximo de 2 adicionales al año) | \$35 |
| D1120 | Profilaxis – niños | \$0 |
| | Profilaxis adicional para niños, con o sin fluoruro (maximo de 2 adicionales al año) | \$25 |
| D1203 | Aplicación tópica de flúor (profilaxis excluida) – niños | \$0 |
| D1204 | Aplicación tópica de flúor (profilaxis excluida) – adultos | \$0 |
| D1206 | Barniz de flúor tópico; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo moderado a alto de caries | \$0 |
| D1310 | Asesoramiento sobre nutrición para combatir enfermedades dentales | \$0 |
| D1320 | Asesoramiento sobre tabaco para combatir y prevenir enfermedades de la boca | \$0 |
| D1330 | Instrucciones sobre higiene bucal | \$0 |
| D1351 | Sellador – por diente | \$0 |
| D1510 | Mantenedor de espacio – fijo – unilateral | \$25 |
| D1515 | Mantenedor de espacio – fijo – bilateral | \$25 |
| D1520 | Mantenedor de espacio – removible – unilateral | \$35 |
| D1525 | Mantenedor de espacio – removible – bilateral | \$35 |
| D1550 | Recementación de mantenedor de espacio | \$15 |
| D1555 | Extracción de mantenedor de espacio fijo | \$15 |
| Tratamiento Restaurativo | | |
| D2140 | Amalgama – una superficie, primarios o permanentes | \$0 |
| D2150 | Amalgama – dos superficies, primarios o permanentes | \$0 |
| D2160 | Amalgama – tres superficies, primarios o permanentes | \$0 |
| D2161 | Amalgama – cuatro o más superficies, primarios o permanentes | \$0 |
| D2330 | Compuesto a base de resina – una superficie, anterior | \$0 |
| D2331 | Compuesto a base de resina – dos superficies, anterior | \$0 |
| D2332 | Compuesto a base de resina – tres superficies, anterior | \$0 |
| D2335 | Compuesto a base de resina – cuatro o más superficies o en ángulo incisivo (anterior) | \$0 |
| D2390 | Corona de compuesto a base de resina – anterior | \$30 |
| D2391 | Corona de compuesto a base de resina – una superficie, posterior | \$30 |
| D2392 | Corona de compuesto a base de resina – dos superficies, posterior | \$45 |
| D2393 | Corona de compuesto a base de resina – tres superficies, posterior | \$65 |
| D2394 | Corona de compuesto a base de resina – cuatro o más superficies, posterior | \$65 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|---|--|-----------------|
| Coronas | | |
| · Se aplicará un cargo adicional, que no exceda \$150 por unidad, en cualquier procedimiento en el que se use metal noble, metal precioso o titanio. Hay un copago de \$75 por unidad de corona/puente además de los copagos regulares por la aplicación de porcelana en los molares. | | |
| · Los casos que involucren siete (7) o más unidades de coronas y/o puentes fijos en el mismo plan de tratamiento requieren un copago adicional de \$125 por unidad además del copago por cada unidad de corona/puente. | | |
| D2510 | Inlay – metálica – una superficie | \$225 |
| D2520 | Inlay – metálica – dos superficies | \$235 |
| D2530 | Inlay – metálica – tres o más superficies | \$245 |
| D2542 | Onlay – metálico – dos superficies | \$245 |
| D2543 | Onlay – metálico – tres superficies | \$260 |
| D2544 | Onlay – metálico – cuatro o más superficies | \$270 |
| D2610 | Inlay – porcelana/cerámica – una superficie | \$245 |
| D2620 | Inlay – porcelana/cerámica – dos superficies | \$245 |
| D2630 | Inlay – porcelana/cerámica – tres o más superficies | \$245 |
| D2642 | Onlay – porcelana/cerámica – dos superficies | \$245 |
| D2643 | Onlay – porcelana/cerámica – tres superficies | \$245 |
| D2644 | Onlay – porcelana/cerámica – cuatro o más superficies | \$245 |
| D2650 | Inlay – compuesto a base de resina – una superficie | \$245 |
| D2651 | Inlay – compuesto a base de resina – dos superficies | \$245 |
| D2652 | Inlay – compuesto a base de resina – tres o más superficies | \$245 |
| D2662 | Onlay – compuesto a base de resina – dos superficies | \$245 |
| D2663 | Onlay – compuesto a base de resina – tres superficies | \$245 |
| D2664 | Onlay – compuesto a base de resina – cuatro o más superficies | \$245 |
| D2710 | Corona – compuesto a base de resina (indirecto) | \$245 |
| D2712 | Corona – compuesto de ¾ a base de resina (indirecto) | \$245 |
| D2720 | Corona – resina con metal muy noble | \$245 |
| D2721 | Corona – resina con metal predominantemente básico | \$245 |
| D2722 | Corona – resina con metal noble | \$245 |
| D2740 | Corona – sustrato de porcelana/cerámica | \$245 |
| D2750 | Corona – porcelana fundida en metal muy noble | \$245 |
| D2751 | Corona – porcelana fundida en metal predominantemente básico | \$245 |
| D2752 | Corona – porcelana fundida en metal noble | \$245 |
| D2780 | Corona – ¾ colada de metal muy noble | \$245 |
| D2781 | Corona – ¾ colada de metal predominantemente básico | \$245 |
| D2782 | Corona – ¾ colada de metal noble | \$245 |
| D2783 | Corona – ¾ de porcelana/cerámica | \$245 |
| D2790 | Corona – completamente colada de metal muy noble | \$245 |
| D2791 | Corona – completamente colada de metal predominantemente básico | \$245 |
| D2792 | Corona – completamente colada de metal noble | \$245 |
| D2794 | Corona – titanio | \$245 |
| D2799 | Corona provisional | \$0 |
| D2910 | Recementación de inlay, onlay o restauración de cubierta parcial | \$0 |
| D2915 | Recementación de poste y muñón colados o prefabricados | \$0 |
| D2920 | Recementación de corona | \$0 |
| D2930 | Corona prefabricada de acero inoxidable – diente primario | \$25 |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable – diente permanente | \$25 |
| D2932 | Corona resinosa prefabricada | \$45 |
| D2933 | Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina | \$45 |
| D2940 | Empaste sedante | \$0 |
| D2950 | Reconstrucción por acumulación de muñón, pernos incluidos | \$70 |
| D2951 | Retención de pernos – por diente, además de restauración | \$10 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|--|--|-----------------|
| D2952 | Poste y muñón además de corona, fabricados indirectamente | \$50 |
| D2953 | Cada poste y muñón adicional fabricado indirectamente – en el mismo diente | \$50 |
| D2954 | Poste y muñón prefabricados, además de corona | \$30 |
| D2955 | Extracción de poste (no junto con tratamiento endodóntico) | \$10 |
| D2957 | Cada poste prefabricado adicional – en el mismo diente | \$30 |
| D2960 | Carilla labial (laminado de resina) – consultorio | \$250 |
| D2961 | Carilla labial (laminado de resina) – laboratorio | \$300 |
| D2962 | Carilla labial (laminado de porcelana) – laboratorio | \$350 |
| D2970 | Corona provisional (diente fracturado) | \$0 |
| D2971 | Procedimientos adicionales para elaborar una corona nueva bajo un armazón de dentadura parcial existente | \$50 |
| D2980 | Reparación de corona, por informe | \$0 |
| Endodoncia | | |
| <i>Todos procedimientos excluyen restauración final.</i> | | |
| D3110 | Tapón pulpar – directo (excluye restauración final) | \$5 |
| D3120 | Tapón pulpar – indirecto (excluye restauración final) | \$5 |
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (excluye la restauración final) – extracción de la pulpa coronaria en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamento | \$30 |
| D3221 | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes | \$55 |
| D3230 | Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible) – dientes anteriores primarios (restauración final excluida) | \$40 |
| D3240 | Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible) – dientes posteriores primarios (restauración final excluida) | \$40 |
| D3310 | Anterior (restauración final excluida) | \$100 |
| D3320 | Bicúspide (restauración final excluida) | \$152 |
| D3330 | Molar (restauración final excluida) | \$210 |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción de la raíz del diente; acceso no quirúrgico | \$85 |
| D3332 | Tratamiento endodóntico incompleto, diente fracturado o que no se puede operar ni restaurar | \$96 |
| D3333 | Reparación interna de la raíz del diente de defectos por perforaciones | \$85 |
| D3346 | Tratamiento posterior a terapia previa de conducto radicular – anterior | \$180 |
| D3347 | Tratamiento posterior a terapia previa de conducto radicular – bicúspide | \$280 |
| D3348 | Tratamiento posterior a terapia previa de conducto radicular – molar | \$325 |
| D3351 | Apexificación/recalcificación – visita inicial (cierre terapéutico del ápice/ reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.) | \$70 |
| D3352 | Apexificación/recalcificación – reemplazo de medicamento temporal (cierre terapéutico del ápice/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.) | \$70 |
| D3353 | Apexificación/recalcificación – visita final (incluye tratamiento del conducto radicular – cierre terapéutico del ápice/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.) | \$70 |
| D3410 | Apicoectomía/cirugía perirradicular – anterior | \$95 |
| D3421 | Apicoectomía/cirugía perirradicular – bicúspide (primera raíz) | \$95 |
| D3425 | Apicoectomía/cirugía perirradicular – molar (primera raíz) | \$95 |
| D3426 | Apicoectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional) | \$60 |
| D3430 | Empaste retrógrado – por raíz | \$60 |
| D3450 | Amputación de raíz – por raíz | \$95 |
| D3910 | Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con goma dique | \$19 |
| D3920 | Hemisección (extracción radicular incluida), excluye el tratamiento del conducto radicular | \$90 |
| D3950 | Preparación del conducto y ajuste de soporte o poste preformado | \$15 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|--------------------|--|-----------------|
| Periodoncia | | |
| D4210 | Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante | \$110 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante | \$83 |
| D4240 | Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado de raíces – cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante | \$150 |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado de raíces – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante | \$113 |
| D4245 | Colgajo de reposición apical | \$165 |
| D4249 | Alargamiento de corona clínica – tejido duro | \$150 |
| D4260 | Cirugía ósea (incluida la entrada y cierre de colgajo) – cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante | \$300 |
| D4261 | Cirugía ósea (incluida la entrada y cierre de colgajo) – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante | \$225 |
| D4263 | Injerto de reemplazo óseo – primer sitio del cuadrante | \$180 |
| D4264 | Injerto de reemplazo óseo – cada sitio adicional del cuadrante | \$95 |
| D4265 | Materiales biológicos para facilitar la reparación de tejido blando y óseo | \$95 |
| D4266 | Regeneración tisular guiada – barrera reabsorbible, por cada sitio | \$215 |
| D4267 | Regeneración tisular guiada – barrera no reabsorbible, por cada sitio (extracción de membranas incluida) | \$255 |
| D4270 | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando | \$245 |
| D4271 | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (cirugía del sitio donante incluida) | \$245 |
| D4273 | Procedimientos de injerto de tejido conectivo subepitelial, por diente | \$75 |
| D4274 | Procedimiento de acuñamiento distal o proximal (cuando no se realiza simultáneamente en la misma zona anatómica) | \$100 |
| D4275 | Aloinjerto de tejido blando | \$380 |
| D4320 | Ferulización provisional – intracoronal | \$95 |
| D4321 | Ferulización provisional – extracoronal | \$85 |
| D4341 | Raspado periodontal y alisado de raíces – cuatro o más dientes por cuadrante | \$50 |
| D4342 | Raspado periodontal y alisado de raíces – uno a tres dientes por cuadrante | \$38 |
| D4355 | Desbridamiento de la boca completa para realizar una evaluación completa y con fines de diagnóstico | \$50 |
| D4381 | Suministro local de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en tejido crevicular enfermo, por diente, por informe | \$65 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal | \$40 |
| | Procedimientos adicionales de mantenimiento periodontal (que excedan 2 en 12 meses) | \$55 |
| D4999 | Mapeo periodontal para planificar el tratamiento de enfermedades periodontales | \$0 |
| D4999 | Enseñanza de higiene periodontal | \$0 |

Protesis Removibles

Se incluyen hasta 3 ajustes durante los primeros 6 meses a partir de la entrega.

| | | |
|--------------|--|-------|
| D5110 | Dentadura completa – maxilar | \$325 |
| D5120 | Dentadura completa – mandibular | \$325 |
| D5130 | Dentadura inmediata – maxilar | \$350 |
| D5140 | Dentadura inmediata – mandibular | \$350 |
| D5211 | Dentadura maxilar parcial – base resinosa (incluye ganchos y soportes convencionales y dientes) | \$400 |
| D5212 | Dentadura mandibular parcial – base resinosa (incluye ganchos y soportes convencionales y dientes) | \$400 |
| D5213 | Dentadura parcial maxilar – armazón de metal colado con dentadura a base de resina (incluye ganchos y soportes convencionales y dientes) | \$425 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|--------------|---|-----------------|
| D5214 | Dentadura parcial mandibular – armazón de metal colado con dentadura a base de resina (incluye ganchos y soportes convencionales y dientes) | \$425 |
| D5225 | Dentadura parcial maxilar – base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | \$425 |
| D5226 | Dentadura parcial mandibular – base flexible (incluye ganchos, soportes y dientes) | \$425 |
| D5281 | Dentadura parcial unilateral removible – metal colado de una pieza (incluye ganchos y dientes) | \$300 |
| D5410 | Ajuste de dentadura completa – maxilar | \$10 |
| D5411 | Ajuste de dentadura completa – mandibular | \$10 |
| D5421 | Ajuste de dentadura parcial – maxilar | \$10 |
| D5422 | Ajuste de dentadura parcial – mandibular | \$10 |
| D5510 | Reparación de base quebrada de dentadura completa | \$35 |
| D5520 | Reemplazo de dientes faltantes o quebrados – dentadura completa (cada diente) | \$35 |
| D5610 | Reparación de base resinosa de dentadura | \$35 |
| D5620 | Reparación de armazón colado | \$35 |
| D5630 | Reparación o reemplazo de gancho roto | \$35 |
| D5640 | Reparación de dientes fracturados – por diente | \$35 |
| D5650 | Agregar diente a dentadura parcial existente | \$35 |
| D5660 | Agregar gancho a dentadura parcial existente | \$35 |
| D5670 | Reparación de dentadura completa y acrílico en armazón metálico colado (maxilar) | \$165 |
| D5671 | Reparación de dentadura completa y acrílico en armazón metálico colado (mandibular) | \$165 |
| D5710 | Rebasado de dentadura maxilar completa | \$75 |
| D5711 | Rebasado de dentadura mandibular completa | \$75 |
| D5720 | Rebasado de dentadura maxilar parcial | \$75 |
| D5721 | Rebasado de dentadura mandibular parcial | \$75 |
| D5730 | Revestimiento de dentadura maxilar completa (consultorio) | \$65 |
| D5731 | Revestimiento de dentadura mandibular completa (consultorio) | \$65 |
| D5740 | Revestimiento de dentadura maxilar parcial (consultorio) | \$65 |
| D5741 | Revestimiento de dentadura mandibular parcial (consultorio) | \$65 |
| D5750 | Revestimiento de dentadura maxilar completa (laboratorio) | \$85 |
| D5751 | Revestimiento de dentadura mandibular completa (laboratorio) | \$85 |
| D5760 | Revestimiento de dentadura mandibular parcial (laboratorio) | \$85 |
| D5761 | Revestimiento de dentadura maxilar parcial (laboratorio) | \$85 |
| D5810 | Dentadura completa provisional (maxilar) | \$230 |
| D5811 | Dentadura completa provisional (mandibular) | \$230 |
| D5820 | Dentadura parcial provisional (maxilar) | \$160 |
| D5821 | Dentadura parcial provisional (mandibular) | \$170 |
| D5850 | Acondicionamiento del tejido, maxilar | \$20 |
| D5851 | Acondicionamiento del tejido, mandibular | \$20 |
| D5862 | Aditamentos de precisión, por informe | \$160 |

Coronas/Puentes Fijos - Por Unidad

• Se aplicará un cargo adicional, que no exceda \$150 por unidad, en cualquier procedimiento en el que se use metal noble, metal precioso o titanio. Hay un copago de \$75 por unidad de corona/puente además de los copagos regulares por la aplicación de porcelana en los molares.

• Los casos que involucren siete (7) o más unidades de coronas y/o puentes fijos en el mismo plan de tratamiento requieren un copago adicional de \$125 por unidad además del copago por cada unidad de corona/puente.

| | | |
|--------------|---|-------|
| D6210 | Tramo de puente – metal muy noble colado | \$245 |
| D6211 | Tramo de puente – metal predominantemente básico colado | \$245 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|--------|---|-----------------|
| D6212 | Tramo de puente – metal noble colado | \$245 |
| D6214 | Tramo de puente – titanio | \$245 |
| D6240 | Tramo de puente – porcelana fundida a metal muy noble | \$245 |
| D6241 | Tramo de puente – porcelana fundida a metal predominantemente básico | \$245 |
| D6242 | Tramo de puente – porcelana fundida a metal noble | \$245 |
| D6245 | Tramo de puente – porcelana/cerámica | \$265 |
| D6250 | Tramo de puente – resina con metal muy noble | \$245 |
| D6251 | Tramo de puente – resina con metal predominantemente básico | \$245 |
| D6252 | Tramo de puente – resina con metal noble | \$245 |
| D6253 | Tramo de puente provisional | \$0 |
| D6545 | Retenedor – metal colado para prótesis fija adherida con resina | \$150 |
| D6600 | Inlay – porcelana/cerámica, dos superficies | \$245 |
| D6601 | Inlay – porcelana/cerámica, tres o más superficies | \$245 |
| D6602 | Inlay – metal colado muy noble, dos superficies | \$245 |
| D6603 | Inlay – metal colado muy noble, tres o más superficies | \$245 |
| D6604 | Inlay – metal colado predominantemente básico, dos superficies | \$245 |
| D6605 | Inlay – metal colado predominantemente básico, tres o más superficies | \$245 |
| D6606 | Inlay – metal colado noble, dos superficies | \$245 |
| D6607 | Inlay – metal colado noble, tres o más superficies | \$245 |
| D6608 | Onlay – porcelana/cerámica, dos superficies | \$245 |
| D6609 | Onlay – porcelana/cerámica, tres o más superficies | \$245 |
| D6610 | Onlay – metal colado muy noble, dos superficies | \$245 |
| D6611 | Onlay – metal colado muy noble, tres o más superficies | \$245 |
| D6612 | Onlay – metal colado predominantemente básico, dos superficies | \$245 |
| D6613 | Onlay – metal colado predominantemente básico, tres o más superficies | \$245 |
| D6614 | Onlay – metal colado noble, dos superficies | \$245 |
| D6615 | Onlay – metal colado noble, tres o más superficies | \$245 |
| D6710 | Corona – compuesto indirecto a base de resina | \$245 |
| D6720 | Corona – resina con metal muy noble | \$245 |
| D6721 | Corona – resina con metal predominantemente básico | \$245 |
| D6722 | Corona – resina con metal noble | \$245 |
| D6740 | Corona – porcelana/cerámica | \$245 |
| D6750 | Corona – porcelana fundida a metal muy noble | \$245 |
| D6751 | Corona – porcelana fundida a metal predominantemente básico | \$245 |
| D6752 | Corona – porcelana fundida a metal noble | \$245 |
| D6780 | Corona – ¾ metal colado muy noble | \$245 |
| D6781 | Corona – ¾ metal colado predominantemente básico | \$245 |
| D6782 | Corona – ¾ metal colado noble | \$245 |
| D6783 | Corona – ¾ porcelana/cerámica | \$245 |
| D6790 | Corona – completamente colada de metal muy noble | \$245 |
| D6791 | Corona – completamente colada de metal predominantemente básico | \$245 |
| D6792 | Corona – completamente colada de metal noble | \$245 |
| D6794 | Corona – titanio | \$245 |
| D6930 | Recementación de dentadura parcial fija | \$0 |
| D6940 | Rompefuerza | \$110 |
| D6950 | Aditamento de precisión | \$195 |
| D6970 | Poste y muñón además de retenedor de dentadura parcial fija, fabricado indirectamente | \$50 |
| D6972 | Poste y muñón prefabricados además de retenedor de dentadura parcial fija | \$30 |
| D6973 | Reconstrucción por acumulación de muñón para retenedor, pernos incluidos | \$10 |
| D6976 | Cada poste adicional fabricado indirectamente – en el mismo diente | \$40 |
| D6977 | Cada poste adicional prefabricado – en el mismo diente | \$40 |
| D6980 | Reparación de dentadura parcial fija, por informe | \$45 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|---|--|-----------------|
| Cirugía Bucal | | |
| · Se incluyen consultas y tratamientos postoperatorios rutinarios. | | |
| · La extracción de terceros molares asintomáticos no es un beneficio cubierto a menos que exista patología (enfermedad); sin embargo, está disponible a un 75 % de la tarifa usual acostumbrada de su dentista general o de atención especializada participante en SafeGuard. | | |
| D7111 | Extracción, remanentes coronarios – diente primario o provisional | \$5 |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps) | \$5 |
| D7210 | Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere elevación de colgajo mucoperiosteico y extracción de hueso y/o sección de un diente | \$30 |
| D7220 | Extracción de diente impactado – tejido blando | \$50 |
| D7230 | Extracción de diente impactado – parcialmente óseo | \$65 |
| D7240 | Extracción de diente impactado – completamente óseo | \$80 |
| D7241 | Extracción de diente impactado – completamente óseo con complicaciones quirúrgicas poco comunes | \$100 |
| D7250 | Extracción quirúrgica de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión) | \$40 |
| D7270 | Reimplantación de dientes y/o estabilización de dientes evulsionados o desplazados accidentalmente | \$50 |
| D7280 | Acceso quirúrgico a un diente sin erupcionar | \$100 |
| D7282 | Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar su erupción | \$90 |
| D7283 | Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado | \$90 |
| D7285 | Biopsia de tejido bucal – duro (hueso, diente) | \$150 |
| D7286 | Biopsia de tejido bucal – blando | \$60 |
| D7287 | Obtención de muestra para estudio citológico de escamación | \$50 |
| D7288 | Biopsia por cepillo – obtención de muestra transepitelial | \$50 |
| D7310 | Alveoplastia junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$40 |
| D7311 | Alveoplastia junto con extracciones – uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$15 |
| D7320 | Alveoplastia sin extracciones – cuatro o más dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$60 |
| D7321 | Alveoplastia sin extracciones – uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$25 |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) | \$80 |
| D7472 | Extracción de torus del paladar | \$60 |
| D7473 | Extracción de torus de la mandíbula | \$60 |
| D7485 | Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea | \$60 |
| D7510 | Incisión y drenaje de absceso – tejido blando intrabucal | \$35 |
| D7511 | Incisión y drenaje de absceso – tejido blando intrabucal – complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales) | \$35 |
| D7520 | Incisión y drenaje de absceso – tejido blando extrabucal | \$35 |
| D7521 | Incisión y drenaje de absceso – tejido blando extrabucal – complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales) | \$35 |
| D7910 | Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm | \$25 |
| D7960 | Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) – procedimiento separado | \$50 |
| D7963 | Frenuloplastia | \$50 |
| D7970 | Excisión de tejido hiperplásico – por arco | \$55 |
| D7971 | Excisión de encía pericoronaria | \$40 |
| Ortodoncia | | |
| · Los beneficios cubren 24 meses del tratamiento de ortodoncia usual y de costumbre y 24 meses de retención. | | |
| · Los beneficios ortodóncicos integrales incluyen todas las fases de tratamiento y los dispositivos fijos y removibles. | | |
| D8010 | Tratamiento limitado de ortodoncia de los dientes primarios | \$1,000 |
| D8020 | Tratamiento limitado de ortodoncia de dientes transitorios | \$1,000 |

| Código | Servicio | Pago Compartido |
|---------------------------------------|--|-------------------|
| D8030 | Tratamiento limitado de ortodoncia de dientes de adolescentes | \$1,000 |
| D8040 | Tratamiento limitado de ortodoncia de dientes de adultos | \$1,000 |
| D8050 | Tratamiento interceptivo de ortodoncia de los dientes primarios | 25 % de descuento |
| D8060 | Tratamiento interceptivo de ortodoncia de dientes transitorios | 25 % de descuento |
| D8070 | Tratamiento integral de ortodoncia de dientes transitorios | \$1,850 |
| D8080 | Tratamiento integral de ortodoncia de dientes de adolescentes | \$1,850 |
| D8090 | Tratamiento integral de ortodoncia de dientes de adultos | \$1,850 |
| D8210 | Tratamiento de aparato removible | 25 % de descuento |
| D8220 | Tratamiento de aparato fijo | 25 % de descuento |
| D8660 | Consulta para el tratamiento previo a la ortodoncia | \$35 |
| D8670 | Consulta para el tratamiento previo a la ortodoncia (como parte de un contrato) | \$35 |
| D8680 | Retención en ortodoncia (extracción de dispositivos, elaboración y colocación de retenedores) | \$300 |
| D8693 | Readhesión o recementación y/o reparación, según sea necesario, de retenedores fijos | \$0 |
| D8999 | Plan de tratamiento ortodóntico y registros (radiografías antes y después, fotografías, modelos de estudio) | \$250 |
| D8999 | Visitas de ortodoncia que excedan 24 meses de tratamiento activo o retención | \$25 por visita |
| Servicios Generales Adjuntivos | | |
| D9110 | Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental – procedimiento menor | \$10 |
| D9120 | Corte por secciones de dentadura parcial fija | \$0 |
| D9210 | Anestesia local, no junto con procedimientos que requieren operación o cirugía | \$0 |
| D9211 | Anestesia por bloqueo regional | \$0 |
| D9212 | Anestesia por bloqueo de división del trigémino | \$0 |
| D9215 | Anestesia local | \$0 |
| D9220 | Sedación profunda/anestesia general – 30 primeros minutos | \$150 |
| D9221 | Sedación profunda/anestesia general – cada 15 minutos adicionales | \$45 |
| D9230 | Analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nitroso | \$15 |
| D9241 | Sedación/analgesia intravenosa consciente – 30 primeros minutos | \$150 |
| D9242 | Sedación/analgesia intravenosa consciente – cada 15 minutos adicionales | \$45 |
| D9248 | Sedación consciente por vía distinta a la intravenosa | \$15 |
| D9310 | Consulta – servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico distinto al dentista o médico solicitado | \$0 |
| D9430 | Visita al consultorio para observación (durante las horas programadas habituales) – ningún otro servicio prestado | \$0 |
| D9440 | Visita al consultorio – después de las horas programadas habituales | \$30 |
| D9450 | Presentación de caso, planificación detallada y extensa del tratamiento | \$0 |
| D9610 | Medicamento terapéutico parenteral, una administración | \$15 |
| D9612 | Medicamentos terapéuticos parenterales, dos o más administraciones, distintos medicamentos | \$25 |
| D9630 | Otros fármacos y/o medicamentos, por informe | \$15 |
| D9910 | Aplicación de medicamento desensibilizador | \$15 |
| D9940 | Protector oclusal, por informe | \$85 |
| D9942 | Reparación y/o revestimiento de protector oclusal | \$40 |
| D9951 | Ajuste oclusal – limitado | \$30 |
| D9952 | Ajuste oclusal – completo | \$100 |
| D9972 | Blanqueamiento externo – por arco | \$125 |
| D9999 | Incumplimiento de citas (menos de 24 horas de aviso previo) Que no exceda | \$25 |

Current Dental Terminology © American Dental Association

Definiciones de la Terminología Dental

Estas definiciones tienen el propósito de darle a Usted la terminología común de algunos conceptos dentales con el propósito que Usted comprenda mejor su plan. No son descripciones amplias.

Amalgama: Relleno en plata

Anterior: Dientes que están hacia el frente de la boca

Bicúspides: La mayoría de la gente tiene ocho dientes bicúspides. Éstos están ubicados inmediatamente antes de los molares y hay dos en cada cuadrante de la boca.

Cirugía Oral: El procedimiento quirúrgico para extraer un diente, rehabilitar porciones del hueso que se encuentra dentro de la encía, o realizar biopsias en alguna área sospechosa de la boca.

Compuestos en Base de Resina: Rellenos de color blanco

Corona: Restauración que se coloca sobre un diente para reforzarlo y/o para reemplazar la estructura de éste. Una corona puede ser elaborada de diferentes materiales – oro (noble, altamente noble), base de metal, porcelana o porcelana y metal.

Cuadrante: Una de las cuatro secciones en las cuales la boca se divide (algunos procedimientos como la periodoncia se realizan por cuadrantes).

Dientes Primarios: El primer grupo de dientes (“dientes de leche”).

Endodoncia: Procedimientos que tratan el nervio o la pulpa de los dientes debido a una lesión o infección.

Ortodoncia: La colocación de frenos y otros procedimientos para enderezar los dientes.

Periodoncia: Procedimientos relacionados con el tratamiento de las estructuras que sostienen los dientes (encías, el hueso interior).

Posteriores: Dientes ubicados en la parte de atrás de la boca. Incluye los molares y bicúspides (premolares).

Profilaxis: Proceso de raspar y pulir los dientes para extraer la placa encima del borde de la encía.

Prostodoncia: La restauración de dientes naturales y/o el reemplazo de dientes faltantes con sustitutos artificiales.

Puente: El reemplazo para uno o más dientes que se han perdido. Esta pieza se coloca en forma permanentemente utilizando los dientes que se encuentran adjuntos al espacio(s) vacío(s).

Limitaciones

Generales

1. Cualquier procedimiento no específicamente listado como beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este plan está disponible a un 75 % de la tarifa usual y acostumbrada del dentista general o del dentista de atención especializada participante en SafeGuard, suponiendo que los servicios están incluidos en el plan de tratamiento y que no estén específicamente excluidos.
2. Los servicios o procedimientos dentales realizados únicamente con propósitos cosméticos o únicamente para mejorar la apariencia están disponibles al 75 % de las tarifas usuales y acostumbradas del dentista general o del dentista de atención especializada participante en SafeGuard que esté proporcionando el tratamiento, a menos que específicamente estén listados como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios de este plan.
3. La anestesia general es un beneficio cubierto sólo cuando lo proporciona el dentista que da el tratamiento, junto con los procedimientos quirúrgicos periodontales y orales.

Servicios preventivos

1. Las limpiezas de rutina (profilaxis), los servicios de mantenimiento periodontal y los tratamientos con fluoruro se limitan a dos por año. Dos (2) limpiezas (de rutina y periodontales) adicionales están disponibles al copago indicado en el Programa de Beneficios del plan. Hay profilaxis adicionales disponibles, si son médicamente necesarias.
2. Selladores: El beneficio del plan aplica a los dientes molares primarios y permanentes, en un plazo de cuatro (4) años a partir de su erupción si son médicamente necesarias.

Servicios de Diagnóstico

1. Radiografías panorámicas o de toda la boca: una vez cada tres (3) años, a menos que exista la necesidad médica.

Servicios de Restauración

1. Se aplicará un cargo adicional, que no exceda \$150 por unidad, en cualquier procedimiento en el que se use metal noble, metal precioso o titanio.
2. El reemplazo de cualquier corona o puente fijo (por unidad) está limitado a una vez cada cinco (5) años.
3. Los casos que involucren siete (7) o más unidades de coronas y/o puentes fijos en el mismo plan de tratamiento requieren un copago adicional de \$125 por unidad además del copago por cada unidad de corona/puente.
4. Hay un copago de \$75 por unidad de corona/puente además de los copagos especificados por la aplicación de porcelana en los molares.

Prostodoncia

1. Los rebasamientos se limitan a uno (1) cada doce (12) meses.
2. Dentaduras (completas o parciales): Su reemplazo, sólo si han transcurrido cinco (5) años de cualquier suministro previo de tales dentaduras bajo un plan SafeGuard, a menos que se deba a la pérdida de un diente natural en buenas condiciones. Los reemplazos serán un beneficio bajo este plan sólo si la dentadura existente no es satisfactoria y no se puede hacer satisfactoria, según lo determine un dentista general participante en SafeGuard.
3. La entrega de aparatos de prostodoncia removibles incluye hasta tres (3) ajustes en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha del servicio.

Endodoncia

1. Los copagos listados para los procedimientos endodóncicos no incluyen el costo de la restauración final.

Cirugía Bucal

1. La extracción de terceros molares asintomáticos no es un beneficio cubierto a menos que exista patología (enfermedad); sin embargo, está disponible a un 75 % de la tarifa usual acostumbrada de su dentista general o de atención especializada participante en SafeGuard.

Exclusiones Generales

1. Los servicios proporcionados por cualquier dentista no participante en SafeGuard, sin la aprobación previa de SafeGuard (excepto servicios de emergencia fuera del área). Esto incluye servicios brindados por un dentista general o por un dentista de atención especializada.
2. Procedimientos dentales iniciados antes de la elegibilidad del miembro bajo este Plan o iniciados después de la terminación de la cobertura del miembro bajo este plan. Algunos ejemplos son: dientes preparados para coronas, conductos radiculares en progreso, dentaduras totales o parciales para las cuales se ha tomado una impresión.
3. Cualquier servicio o dispositivos dentales que se considere que no son razonables ni necesarios para mantener o mejorar la salud mental del miembro, según lo determine el dentista general participante en SafeGuard seleccionado.
4. Cirugía ortognática.
5. Todos los cargos hospitalarios para pacientes internos o ambulatorios de cualquier clase, inclusive cargos, recetas o medicamentos de dentistas y/o médicos.
6. Reemplazo de dentaduras, coronas, aparatos o puentes que hayan sido perdidos, robados o dañados debido a abuso, uso inadecuado o negligencia.
7. Tratamiento de tumores malignos, quistes o neoplasmas, a menos que estén específicamente listados como beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del plan. Cualquier servicio relacionado con las tarifas del laboratorio de patología.
8. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo propósito principal sea el cambio de la dimensión vertical de la oclusión, corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o médicamente inducidos inclusive pero sin limitarse al tratamiento de trastornos miofuncionales, mioesqueléticos o de la articulación temporomandibular, a menos que se especifique de otra manera como beneficio de ortodoncia en el Programa de Beneficios.
9. Implantes y servicios dentales asociados con la colocación de implantes, restauración protodóntica de implantes dentales y servicios especializados de mantenimiento de implantes.
10. Los servicios dentales proporcionados o pagados a través de una agencia o autoridad gubernamental federal o estatal, subdivisión política u otro programa público que no sea Medicaid o Medicare.
11. Servicios dentales requeridos durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
12. Servicios que se consideren de naturaleza experimental.
13. Cualquier tratamiento dental o tratamiento que no se pueda realizar en el consultorio médico debido a la salud general o las limitaciones físicas del miembro.

Exclusiones y Limitaciones de Los Servicios de Ortodoncia

Si requiere los servicios de un ortodoncista, primero debe obtener una referencia. Si no se obtiene la referencia antes del tratamiento ortodóncico, el miembro será responsable de todos los costos asociados con cualquier tratamiento de ortodoncia.

Si usted cancela su cobertura del plan SafeGuard después del inicio de su tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de cualquier cargo adicional en el que incurra por cualquier tratamiento ortodóncico pendiente.

1. Para que apliquen los copagos listados en la Lista de Beneficios, un dentista general seleccionado o un ortodoncista participante en SafeGuard debe proporcionar el tratamiento de ortodoncia.
2. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia usual y acostumbrado y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. El tratamiento que exceda tales periodos de tiempo estará sujeto a un cargo por visita al consultorio de \$25.
3. Lo siguiente no se incluye en los beneficios de ortodoncia:
 - A. Reparación o reemplazo de aparatos perdidos o rotos;
 - B. Retratamiento de casos de ortodoncia;
 - C. Tratamiento que involucre:
 1. Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia, macroglosia;
 2. Desequilibrios hormonales u otros factores que afecten el crecimiento o anomalías en el desarrollo;
 3. Tratamiento relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular;
4. La fase de retención del tratamiento incluirá la construcción, colocación y ajuste de retenedores.
5. No tiene cobertura ningún tratamiento ortodóncico activo en progreso en la fecha de vigencia de la cobertura. Tratamiento ortodóncico activo significa que el diente ya comenzó a moverse.