



SafeGuard Lista de Beneficios

Remisión Directa Plan Dental

SGX245-TX

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 curso del tratamiento, el dentista general participante en SafeGuard que haya seleccionado puede recomendar los servicios de un especialista dental. Su dentista general seleccionado puede referirle directamente a un proveedor de atención especializada participante en SafeGuard; en este caso, no se requiere referencia ni preautorización de SafeGuard.

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.

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 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 Profilaxis adicional para adultos, con o sin fluoruro (maximo de 2 adicionales al año)	\$0 \$35
D1120	Profilaxis – niños Profilaxis adicional para niños, con o sin fluoruro (maximo de 2 adicionales al año)	\$0 \$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

Prtesis 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 mucoperióstico 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.