# PROGRAMA DE BENEFICIOS

**Beneficios suministrados por SafeGuard Health Plans, Inc., una compañía de MetLife**

## Plan dental de referencia directa* MET335

Este PROGRAMA DE BENEFICIOS enumera los Servicios cubiertos disponibles para usted y sus dependientes bajo su plan dental, así como los costos de usted y sus dependientes para cada servicio cubierto. Sus costos y los de sus dependientes pueden incluir copagos para un servicio cubierto.

*La atención bajo este plan se proporciona a través de una red de Dentistas generales seleccionados. Su Dentista general seleccionado es responsable de determinar cuándo se necesitan los servicios de un dentista de atención especializada y facilitar cualquier referencia necesaria. Le informaremos a usted y sus dependientes el nombre, la dirección y el número de teléfono del Dentista de atención especializada en el área de servicio para usted o sus dependientes.

Citas perdidas: Si usted o sus dependientes necesitan cancelar o reprogramar una cita, notifique al consultorio dental general seleccionado con tanta anticipación como sea posible. Esto permitirá que el Consultorio dental general seleccionado incluya a otra persona que necesita atención. Si usted o sus dependientes no hacen esto de manera oportuna, es posible que le cobremos a usted o sus dependientes una tarifa por cita perdida.

| | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| • | Visita al consultorio: por visita (incluyendo todas las tarifas de esterilización o control de infecciones) | $5 |

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| | **Tratamiento de diagnóstico** | |
| D0120 | Evaluación periódica de la boca, paciente establecido. Evaluación hecha a un paciente registrado para determinar cualquier cambio en su salud general y dental desde una evaluación periódica o integral anterior. Incluye una evaluación de cáncer de boca y examen periodontal cuando se indique, y es posible que exija la interpretación de información obtenida mediante otros procedimientos de diagnóstico. Explicación de los hallazgos al paciente. Reportes independientes de otros procedimientos de diagnóstico. | $0 |
| D0140 | Evaluación bucal limitada, problema focalizado | $0 |
| D0145 | Evaluación bucal para un paciente menor de tres años de edad y asesoría con el principal encargado del cuidado | $0 |
| D0150 | Evaluación bucal integral, paciente nuevo o establecido | $0 |
| D0160 | Evaluación bucal detallada y extensa, problema focalizado, según informe | $0 |
| D0170 | Reevaluación, limitada, problema focalizado (paciente establecido; visita no postoperatoria) | $0 |
| D0171 | Reevaluación, visita postoperatoria al consultorio | $0 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D0180 | Evaluación periodontal integral, paciente nuevo o establecido. Este procedimiento se indica a pacientes que muestran señales o síntomas de enfermedades periodontales y a pacientes con factores de riesgo, como fumadores o diabéticos. Incluye la evaluación de condiciones periodontales, sondeo y diagramación, una evaluación de cáncer de boca, la evaluación y el registro de la historia médica y dental del paciente, y una evaluación médica general. Es posible que incluya la evaluación y el registro de caries dentales, dientes faltantes o no erupcionados, restauraciones y relaciones oclusales. | $0 |
| D0190 | Exámenes de detección de un paciente | $0 |
| D0191 | Evaluación de un paciente | $0 |
| | **Imágenes de diagnóstico (rayos X)** | |
| D0210 | Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas | $0 |
| D0220 | Intraoral, periapical primera imagen radiográfica | $0 |
| D0230 | Intraoral, periapical cada imagen radiográfica adicional | $0 |
| D0240 | Intraoral, imagen radiográfica oclusal | $0 |
| D0250 | Imagen radiográfica de proyección 2D extraoral creada con una fuente de radiación fija y un detector | $0 |
| D0251 | Imagen radiográfica dental posterior extraoral | $0 |
| D0270 | Aletas de mordida, imagen radiográfica individual | $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 vertical, 7 a 8 imágenes radiográficas | $0 |
| D0330 | Imagen radiográfica panorámica | $0 |
| D0340 | Imagen radiográfica cefalométrica 2D: adquisición, medición y análisis | $0 |
| D0350 | Imagen fotográfica facial/bucal en 2D obtenida intraoral o extraoralmente | $0 |
| D0364 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión limitado, menos de toda la mandíbula | $180 |
| D0365 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión de un arco dental completo, mandibular | $180 |
| D0366 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión de un arco dental completo, maxilar con o sin cráneo | $180 |
| D0367 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico e interpretación con campo de visión de ambas quijadas, con o sin cráneo | $180 |
| D0380 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión limitado, menos de toda la mandíbula | $180 |
| D0381 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo, mandíbula | $180 |
| D0382 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo, maxilar con o sin cráneo | $180 |
| D0383 | Captura de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de ambas quijadas, con o sin cráneo | $180 |
| D0391 | Interpretación de imágenes de diagnóstico por parte de un profesional no asociado con la captura de la imagen, incluyendo el informe | $0 |
| | **Pruebas y exámenes** | |
| D0415 | Recolección de muestras de microorganismos para cultivo y sensibilidad | $0 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D0425 | Pruebas de susceptibilidad a las caries | $0 |
| D0431 | Prueba prediagnóstica complementaria que ayuda en la detección de anomalías de la mucosa incluyendo lesiones premalignas y malignas, excluye procedimientos de citología o biopsia | $50 |
| D0460 | Pruebas de vitalidad pulpar | $0 |
| D0470 | Molde de diagnóstico | $0 |
| D0472 | Adquisición de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de un informe escrito | $0 |
| D0473 | Adquisición de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de un informe escrito | $0 |
| D0474 | Adquisición de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluyendo la evaluación de los bordes quirúrgicos para verificar la presencia de enfermedad, preparación y transmisión de un informe escrito | $0 |
| D0480 | Adquisición de frote citológico exfoliativo, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito | $0 |
| D0486 | Adquisición en laboratorio de muestra citológica transepitelial, examen macroscópico, preparación y transmisión de un informe escrito | $0 |
| D0502 | Otros procedimientos de patología bucal, por medio de informe | $0 |
| | **Servicios preventivos** | |
| D1110 | Eliminación de placa, cálculos y manchas de las estructuras de los dientes y de los implantes en la dentición permanente y transicional. Se hace para controlar factores locales que causan irritación. | $5 |
| • | Profilaxis adicional para adultos (máximo de 2 adicionales por año) | $45 |
| D1120 | Eliminación de placa, cálculos y manchas de las estructuras de los dientes y de los implantes en la dentición primaria y transicional. Se hace para controlar factores locales que causan irritación. | $5 |
| • | Profilaxis adicional para niños (máximo de 2 adicionales por año) | $35 |
| D1206 | Aplicación tópica de esmalte con flúor | $0 |
| D1208 | Aplicación tópica de flúor, excluyendo el esmalte | $0 |
| D1310 | Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales | $0 |
| D1320 | Asesoría acerca del uso de tabaco para el control y prevención de enfermedades bucales | $0 |
| D1330 | Instrucciones de higiene bucal | $0 |
| • | Incluye instrucción de higiene periodontal | |
| D1351 | Sellador, por diente | $0 |
| D1352 | Restauración preventiva con resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto, dientes permanentes | $0 |
| D1353 | Reparación de sellante, por diente | $0 |
| D1354 | Aplicación de medicamentos para detener la formación de caries, por diente. Tratamiento conservador de una lesión cariosa activa sin síntomas mediante la aplicación tópica de un medicamento para detener o inhibir la formación de caries sin extracción mecánica de estructuras dentales sanas. | $0 |
| D1355 | Aplicación preventiva de medicamentos contra las caries, por diente | $0 |
| D1510 | Mantenedor de espacio, fijo, unilateral | $25 |
| D1516 | Separador, fijo, bilateral, maxilar | $25 |
| D1517 | Separador, fijo, bilateral, mandibular | $25 |
| D1520 | Mantenedor de espacio extraíble unilateral, por cuadrante | $35 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D1526 | Separador, extraíble, bilateral, maxilar | $35 |
| D1527 | Separador, extraíble, bilateral, mandibular | $35 |
| D1551 | Recementación o readhesión de mantenedor de espacio bilateral superior | $18 |
| D1552 | Recementación o readhesión de mantenedor de espacio bilateral inferior | $18 |
| D1553 | Recementación o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante | $18 |
| D1556 | Extracción de mantenedor de espacio fijo unilateral, por cuadrante | $18 |
| D1557 | Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral superior | $18 |
| D1558 | Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral inferior | $18 |
| D1575 | Mantenedor de espacio tipo zapata distal fijo unilateral, por cuadrante Fabricación y entrega de aparato fijo de extensión subgingival y distal para guiar la erupción del primer molar permanente. No incluye el seguimiento continuo ni los ajustes o el reemplazo del aparato después de la erupción de la pieza | $25 |
| | **Tratamiento restaurativo** | |
| D2140 | Amalgama, una superficie, temporales o permanentes | $12 |
| D2150 | Amalgama, dos superficies, temporales o permanentes | $20 |
| D2160 | Amalgama, tres superficies, temporales o permanentes | $23 |
| D2161 | Amalgama, cuatro superficies o más, temporales o permanentes | $25 |
| D2330 | Composite a base de resina, una superficie, anterior | $12 |
| D2331 | Composite a base de resina, dos superficies, anterior | $20 |
| D2332 | Composite a base de resina, tres superficies, anterior | $23 |
| D2335 | Composite a base de resina, cuatro o más superficies o que involucre el ángulo incisal (anterior) | $25 |
| D2390 | Corona de composite a base de resina, anterior | $30 |
| D2391 | Composite a base de resina, una superficie, posterior | $30 |
| D2392 | Composite a base de resina, dos superficies, posterior | $45 |
| D2393 | Composite a base de resina, tres superficies, posterior | $65 |
| D2394 | Composite a base de resina, cuatro o más superficies, posterior | $65 |
| | **Coronas** | |
| | • Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana. | |
| | • Los casos que incluyen siete (7) o más coronas, implantes o unidades de puente fijo en el mismo plan de tratamiento requieren un copago de $125 adicional por unidad además del copago especificado para cada corona, implante o unidad de puente. | |
| D2510 | Incrustación, metálica, una superficie | $310 |
| D2520 | Incrustación, metálica, dos superficies | $310 |
| D2530 | Incrustación, metálica, tres o más superficies | $310 |
| D2542 | Sobreincrustación, metálica, dos superficies | $310 |
| D2543 | Sobreincrustación, metálica, tres superficies | $310 |
| D2544 | Sobreincrustación, metálica, cuatro o más superficies | $310 |
| D2610 | Incrustación, porcelana/cerámica, una superficie | $335 |
| D2620 | Incrustación, porcelana/cerámica, dos superficies | $335 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D2630 | Incrustación, porcelana/cerámica, tres o más superficies | $335 |
| D2642 | Incrustación, porcelana/cerámica, dos superficies | $335 |
| D2643 | Sobreincrustación, porcelana/cerámica, tres superficies | $335 |
| D2644 | Sobreincrustación, porcelana, cerámica, cuatro o más superficies | $335 |
| D2650 | Incrustación, composite a base de resina, una superficie | $335 |
| D2651 | Incrustación, composite a base de resina, dos superficies | $335 |
| D2652 | Incrustación, composite a base de resina, tres o más superficies | $335 |
| D2662 | Sobreincrustación, composite a base de resina, dos superficies | $335 |
| D2663 | Sobreincrustación, composite a base de resina, tres superficies | $335 |
| D2664 | Sobreincrustación, composite a base de resina, cuatro o más superficies | $335 |
| D2710 | Corona, composite a base de resina (indirecto) | $335 |
| D2712 | Corona: ¾ empaste compuesto de resina (indirecta) | $335 |
| D2720 | Corona, resina con metal muy noble | $335 |
| D2721 | Corona, resina con base predominantemente de metal | $335 |
| D2722 | Corona, resina con metal noble | $335 |
| D2740 | Corona: porcelana/cerámica | $360 |
| D2750 | Corona, porcelana fundida en metal muy noble | $335 |
| D2751 | Corona, porcelana fundida con base predominantemente de metal | $335 |
| D2752 | Corona, porcelana fundida en metal noble | $335 |
| D2753 | Corona, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | $335 |
| D2780 | Corona, ¾ molde de metal muy noble | $335 |
| D2781 | Corona, ¾ molde de base predominantemente de metal | $335 |
| D2782 | Corona, ¾ molde de metal noble | $335 |
| D2783 | Corona, ¾ porcelana/cerámica | $335 |
| D2790 | Corona, molde completo de metal muy noble | $335 |
| D2791 | Corona, molde completo de base predominantemente de metal | $335 |
| D2792 | Corona, molde de metal noble completo | $335 |
| D2794 | Corona, titanio y aleaciones de titanio | $335 |
| D2799 | Corona provisoria, tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. Tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. No debe usarse como una corona temporal para una restauración de prótesis habitual. | $100 |
| D2910 | Recementación o readhesión de incrustación, sobreincrustación, carilla o restauración parcial de la superficie | $0 |
| D2915 | Recementación o readhesión indirectamente fabricada o pernos y muñones prefabricados | $0 |
| D2920 | Recementar o volver a pegar la corona | $0 |
| D2928 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente | $180 |
| D2930 | Corona de acero inoxidable prefabricada, dientes temporales | $25 |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable, dientes permanentes | $25 |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | $45 |
| D2933 | Corona prefabricada de acero inoxidable con cubierta de resina | $45 |
| D2940 | Restauración de protección | $0 |
| D2941 | Restauración terapéutica interina, dentición temporal | $0 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D2950 | Reestructuración del muñón, incluyendo cualquier pin que se requiera | $75 |
| D2951 | Retención con perno, por diente además de la restauración | $10 |
| D2952 | Perno y muñón además de la corona, fabricado indirectamente | $50 |
| D2953 | Cada perno adicional fabricado indirectamente, el mismo diente | $50 |
| D2954 | Perno y muñón prefabricado además de la corona | $30 |
| D2955 | Después de la extracción | $10 |
| D2957 | Cada perno prefabricado adicional, 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 |
| D2971 | Otros procedimientos para personalizar una corona de manera que quepa debajo de una dentadura postiza parcial existente. Este procedimiento se suma al procedimiento de separación de una corona documentado con su propio código. | $50 |
| D2980 | Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración | $0 |
| D2981 | Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración | $0 |
| D2982 | Reparación de sobreincrustación necesaria por falla del material de restauración | $0 |
| D2983 | Reparación de carilla requerida por falla del material restaurativo | $0 |
| D2990 | Infiltración de resina de lesiones de la superficie lisa incipiente | $0 |
| | **Endodoncia** | |
| • | Todos los procedimientos excluyen la restauración final. | |
| D3110 | Recubrimiento pulpar, directo (excluyendo la restauración final) | $5 |
| D3120 | Recubrimiento pulpar, indirecto (excluyendo la restauración final) | $5 |
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final), extracción de la pulpa coronal para la unión dentinocemental y aplicación del medicamento | $40 |
| D3221 | Desbridamiento de la pulpa, dientes temporales y permanentes | $55 |
| D3222 | Pulpotomía parcial para apicogénesis, dientes permanentes con desarrollo incompleto de raíz | $40 |
| D3230 | Terapia pulpar (relleno reabsorbible) – anterior, dientes temporales (excluye restauración final) | $40 |
| D3240 | Terapia pulpar (relleno reabsorbible) – posterior, dientes temporales (excluye restauración final) | $40 |
| D3310 | Terapia de endodoncia, dientes anteriores (excluye restauración final) | $130 |
| D3320 | Tratamiento de endodoncia, dientes premolares (no se incluye la restauración final) | $215 |
| D3330 | Terapia de endodoncia, dientes molares (no se incluye la restauración final) | $305 |
| D3331 | Tratamiento de la obstrucción de canales; acceso no quirúrgico | $85 |
| D3332 | Terapia de endodoncia incompleta; dientes inoperables, que no se pueden restaurar o fracturados | $130 |
| D3333 | Reparación de raíz interna de defectos de perforación | $85 |
| D3346 | Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, anterior | $265 |
| D3347 | Nuevo tratamiento de terapia del conducto radicular previa, premolar | $325 |
| D3348 | Retratamiento de terapia previa del conducto radicular, molar | $375 |
| D3351 | Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/reparación con calcio de perforaciones, reabsorción radicular, etc.) | $80 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D3352 | Apexificación/recalcificación; reemplazo de medicamento temporal | $80 |
| D3353 | Apexificación/recalcificación, visita final (incluye terapia de canales completa, cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.) | $80 |
| D3355 | Regeneración de la pulpa, visita inicial | $80 |
| D3356 | Apexificación/recalcificación; reemplazo de medicamento temporal | $40 |
| D3357 | Regeneración de la pulpa, visita inicial | $80 |
| D3410 | Apicectomía, anterior | $95 |
| D3421 | Apicectomía, premolar (primera raíz) | $95 |
| D3425 | Apicectomía, molar (primera raíz) | $95 |
| D3426 | Apicectomía (cada raíz adicional) | $80 |
| D3428 | Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular, por diente, un solo sitio | $180 |
| D3429 | Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular, cada diente contiguo adicional en el mismo sitio de la cirugía | $95 |
| D3430 | Relleno retrógrado, por raíz | $70 |
| D3431 | Materiales biológicos para ayudar a la regeneración del tejido blando y óseo | $95 |
| D3432 | Regeneración de tejido guiado, barrera reabsorbible, por sitio | $215 |
| D3450 | Amputación de raíz, por raíz | $110 |
| D3460 | Implante endoóseo endodóntico | $555 |
| D3471 | Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, anterior | $95 |
| D3472 | Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, premolar | $95 |
| D3473 | Reparación quirúrgica de la reabsorción de la raíz, molar | $95 |
| D3501 | Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía ni reparación de la reabsorción de la raíz, anterior | $54 |
| D3502 | Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía ni reparación de la reabsorción de la raíz, premolar | $54 |
| D3503 | Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía ni reparación de la reabsorción de la raíz, molar | $54 |
| D3910 | Procedimiento quirúrgico para aislamiento del diente con barrera dental de goma | $0 |
| D3920 | Hemisección (incluye cualquier extracción de raíz), no incluye terapia de conducto radicular | $90 |
| D3921 | Decoronación o sumergimiento de un diente erupcionado | $41 |
| D3950 | Preparación del conducto y ajuste de pivote o perno preformados | $15 |
| | **Periodoncia** | |
| • | Diagramación periodontal para la planificación de tratamiento de la enfermedad periodontal como parte del diagnóstico general y tratamiento. Ningún cargo adicional aplicará a usted o sus dependientes o nosotros. | |
| D4210 | Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante | $150 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastía, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante | $100 |
| D4212 | Gingivectomía o gingivoplastía para permitir el acceso para el procedimiento restaurativo, por diente | $30 |
| D4240 | Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante | $170 |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, incluye alisado radicular, de uno hasta tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante | $130 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D4245 | Colgajo posicionado apicalmente | $165 |
| D4249 | Alargamiento clínico de corona, tejido duro | $160 |
| D4260 | Cirugía ósea, (incluyendo la elevación de un colgajo con espesor total y cierre de colgajo), cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante | $330 |
| D4261 | Cirugía ósea, (incluyendo la elevación de un colgajo con espesor total y cierre de colgajo), uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por diente por cuadrante | $286 |
| D4263 | Injerto para reemplazo óseo: diente natural retenido, primer lugar en el cuadrante | $180 |
| D4264 | Injerto para reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante | $95 |
| D4265 | Materiales biológicos para ayudar a la regeneración del tejido blando y óseo, por sitio. Es posible que los materiales biológicos se usen solos o con otros sustratos regenerativos, como membranas óseas o de barrera, según su formulación y la presentación del defecto periodontal. Este procedimiento no incluye acceso ni cierre quirúrgico, desbridamiento de la herida, contorneo óseo ni la colocación de materiales de injerto ni membranas de barrera. Es posible que se requieran otros procedimientos independientes en simultáneo con el D4265 y deben informarse con sus propios códigos exclusivos. | $95 |
| D4266 | Regeneración de tejido guiado, barrera reabsorbible, por sitio | $215 |
| D4267 | Regeneración de tejido guiado, barrera no reabsorbible, por sitio, (incluye extracción de membrana) | $255 |
| D4268 | Procedimiento restaurativo quirúrgico, por diente | $0 |
| D4270 | Procedimiento de injerto de tejido blando de pedículo | $250 |
| D4273 | Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto | $75 |
| D4274 | Procedimiento de cuña mesial/distal, único diente (cuando no se realiza en conjunto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) | $115 |
| D4275 | Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluidos el centro para el receptor y material para el donante), primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto | $380 |
| D4276 | Tejido conectivo combinado e injerto de pedículo, por diente. Con frecuencia, la recesión gingival avanzada no puede corregirse con un solo procedimiento. Se necesitan procedimientos de injerto de tejido combinado para alcanzar el resultado deseado. | $75 |
| D4277 | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), primer diente, implante o espacio edéntulo en el injerto | $260 |
| D4278 | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), cada diente contiguo adicional, implante o espacio edéntulo en el mismo sitio del injerto | $130 |
| D4283 | Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo autógeno (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), cada diente contiguo adicional, implante o espacio edéntulo en el mismo sitio del injerto | $38 |
| D4285 | Procedimiento de injerto de tejido conjuntivo no autógeno (incluidos centros quirúrgicos para donante y receptor), cada diente contiguo adicional, implante o espacio edéntulo en el mismo sitio del injerto | $190 |
| D4322 | Férula intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | $95 |
| D4323 | Férula extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas | $95 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D4341 | Raspado periodontal y alisado de raíz – cuatro o más dientes por cuadrante | $60 |
| D4342 | Raspado periodontal y alisado de raíz – uno a tres dientes por cuadrante | $45 |
| D4346 | Eliminación del sarro en presencia de inflamación gingival grave o moderada generalizada: boca completa después de evaluación bucal | $0 |
| D4355 | Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación bucal integral y el diagnóstico en la siguiente consulta | $60 |
| D4381 | Colocación localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente | $65 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal | $45 |
| D4920 | Cambio no programado del vendaje (por alguien que no sea el médico tratante o su personal) | $0 |
| • | Procedimientos de mantenimiento periodontal adicional (más de 2 por cada 12 meses) | $55 |
| | **Prostodoncia extraíble** | |
| • | El servicio de prostodoncia extraíble y fija incluye hasta 3 ajustes en un plazo de 6 meses de la fecha de prestación del servicio. | |
| D5110 | Dentadura postiza completa, maxilar | $505 |
| D5120 | Dentadura postiza completa, mandibular | $505 |
| D5130 | Dentadura postiza inmediata: maxilar | $505 |
| D5140 | Dentadura postiza inmediata: mandibular | $505 |
| D5211 | Prótesis dental parcial maxilar, base de resina (incluye materiales de retención, descanso y dientes) | $405 |
| D5212 | Prótesis dental parcial mandibular, base de resina (incluye materiales de retención, descanso y dientes) | $465 |
| D5213 | Prótesis dental parcial superior; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) | $550 |
| D5214 | Prótesis dental parcial inferior; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) | $550 |
| D5221 | Prótesis dental parcial superior inmediata; base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación | $405 |
| D5222 | Prótesis dental parcial inferior inmediata; base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación | $465 |
| D5223 | Prótesis dental parcial superior inmediata; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación | $550 |
| D5224 | Prótesis dental parcial inferior inmediata; estructura de metal fundido con base de resina (incluye retenedores/ganchos, descansos y dientes) Incluye atención limitada de seguimiento solamente; no incluye procedimientos futuros de rebasado ni readaptación | $550 |
| D5225 | Dentadura postiza parcial maxilar – base flexible (incluye cualquier retenedor, descanso y dientes) | $550 |
| D5226 | Dentadura postiza parcial mandibular – base flexible (incluye cualquier retenedor, descanso y dientes) | $550 |
| D5227 | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes) | $405 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D5228 | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes) | $465 |
| D5282 | Prótesis dental parcial, unilateral, extraíble, una pieza de metal fundido (incluye retenedores y dientes), maxilar | $360 |
| D5283 | Prótesis dental parcial, unilateral, extraíble, una pieza de metal fundido (incluye retenedores y dientes), mandibular | $360 |
| D5284 | Prótesis dental parcial unilateral extraíble, base flexible de una pieza (incluye ganchos y dientes), por cuadrante | $180 |
| D5286 | Prótesis dental parcial unilateral extraíble de resina, de una pieza (incluye ganchos y dientes), por cuadrante | $180 |
| D5410 | Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar | $20 |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular | $20 |
| D5421 | Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar | $20 |
| D5422 | Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular | $20 |
| D5511 | Reparación de base de prótesis completa rota, mandibular | $50 |
| D5512 | Reparación de base de prótesis completa rota, maxilar | $50 |
| D5520 | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (cada diente) | $40 |
| D5611 | Reparación de base de prótesis parcial de resina, mandibular | $50 |
| D5612 | Reparación de base de prótesis parcial de resina, maxilar | $50 |
| D5621 | Reparación de marco parcial de molde, mandibular | $50 |
| D5622 | Reparación de marco parcial de molde, maxilar | $50 |
| D5630 | Reparación o reemplazo de materiales de retención rotos, por diente | $70 |
| D5640 | Reemplazo de dientes rotos, por diente | $40 |
| D5650 | Agregar diente a dentadura postiza parcial existente | $60 |
| D5660 | Add clasp to existing partial denture - per tooth | $70 |
| D5670 | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal fundido (maxilar) | $165 |
| D5671 | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de metal fundido (mandibular) | $165 |
| D5710 | Rebasado de dentadura postiza maxilar completa | $125 |
| D5711 | Rebasado de dentadura postiza mandibular completa | $125 |
| D5720 | Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar | $125 |
| D5721 | Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular | $125 |
| D5725 | Rebasado de prótesis híbrida | $125 |
| D5730 | Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (consultorio) | $100 |
| D5731 | Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (consultorio) | $100 |
| D5740 | Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (consultorio) | $90 |
| D5741 | Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (consultorio) | $90 |
| D5750 | Reajuste de dentadura postiza completa maxilar (laboratorio) | $130 |
| D5751 | Reajuste de dentadura postiza completa mandibular (laboratorio) | $130 |
| D5760 | Reajuste de dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio) | $130 |
| D5761 | Reajuste de dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio) | $130 |
| D5765 | Revestimiento blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble, indirecto | $130 |
| D5810 | Dentadura postiza completa temporal (maxilar) | $230 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D5811 | Dentadura postiza completa temporal (mandibular) | $230 |
| D5820 | Dentadura postiza parcial temporal (maxilar) | $160 |
| D5821 | Dentadura postiza parcial temporal (mandibular) | $170 |
| D5850 | Acondicionamiento de tejido, maxilar | $40 |
| D5851 | Acondicionamiento de tejido, mandibular | $40 |
| D5862 | Accesorio de precisión, según el reporte. Cada par de componentes es un accesorio de precisión. Descripción del tipo de accesorio usado. | $160 |
| D5876 | Agregado de subestructura metálica a una prótesis dental completa de acrílico (por arco) | $127 |
| | **Servicios de implantes** | |
| | **Servicios prequirúrgicos** | |
| D6190 | Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe | $130 |
| | **Servicios quirúrgicos** | |
| D6010 | Colocación quirúrgica de cuerpo del implante provisional para prótesis de transición: implante endosteal | $1,005 |
| D6012 | Colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisorio para prótesis de transición: implante endóstico | $770 |
| D6013 | Reemplazo quirúrgico de mini implante | $1,005 |
| D6040 | Colocación quirúrgica: implante intraóseo | $1,860 |
| D6050 | Colocación quirúrgica: implante transóseo | $1,170 |
| D6051 | Colocación de pilar de implante provisorio. Un tapón de cicatrización no es un pilar provisorio. | $123 |
| D6100 | Extracción quirúrgica de cuerpo del implante | $240 |
| D6101 | Extirpación de un defecto del periimplante o defectos que rodean un solo implante y limpieza de la superficie de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo | $39 |
| D6102 | Extirpación y contorno óseo de un defecto del periimplante o defectos que rodean un solo implante e incluye la limpieza de la superficie de las superficies expuestas del implante, incluyendo la entrada y cierre del colgajo | $86 |
| D6103 | Injerto del hueso para reparar un defecto periférico del implante, no incluye inserción y cierre de colgajo | $100 |
| D6104 | Injerto de hueso en el momento de la colocación del implante | $100 |
| | **Prótesis con soporte de implante** | |
| • | Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana. | |
| • | Los casos que incluyen siete (7) o más coronas, implantes o unidades de puente fijo en el mismo plan de tratamiento requieren un copago de $125 adicional por unidad además del copago especificado para cada corona, implante o unidad de puente. | |
| D6055 | Barra de conexión, con soporte de implante o soporte de pilar | $345 |
| D6056 | Pilar prefabricado, incluye modificación y colocación | $245 |
| D6057 | Pilar fabricado a la medida, incluye la colocación | $335 |
| D6058 | Corona de cerámica/porcelana soportada por medio de pilar | $685 |
| D6059 | Corona de porcelana fundida con metal soportada por medio de pilar (metal altamente noble) | $660 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D6060 | Corona de porcelana fundida con metal soportada por medio de pilar (predominantemente con base de metal) | $640 |
| D6061 | Corona de porcelana fundida con metal soportada por medio de pilar (metal noble) | $645 |
| D6062 | Corona fundida con metal soportada por medio de pilar (metal altamente noble) | $655 |
| D6063 | Corona fundida con metal soportada por medio de pilar (predominantemente base de metal) | $640 |
| D6064 | Corona fundida con metal soportada por medio de pilar (metal noble) | $720 |
| D6065 | Corona de cerámica/porcelana soportada por medio de implante | $725 |
| D6066 | Corona sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones de alta nobleza. Restauración de una corona de metalcerámica retenida, apoyada y estabilizada por un implante | $700 |
| D6067 | Corona sobre implante, aleaciones de alta nobleza. Restauración de una corona de metal retenida, apoyada y estabilizada por un implante | $725 |
| D6068 | Retenedor para FDP de porcelana/cerámica soportado por medio de pilar | $680 |
| D6069 | Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal (metal alto noble) soportado por medio de pilar | $680 |
| D6070 | Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal (predominante con base de metal) soportado por medio de pilar | $595 |
| D6071 | Retenedor para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble) soportado por medio de pilar | $635 |
| D6072 | Retenedor para FPD de metal fundido (metal alto noble) soportado por medio de pilar | $625 |
| D6073 | Retenedor para FPD de metal fundido (predominantemente con base de metal) soportado por medio de pilar | $445 |
| D6074 | Retenedor para FPD de metal fundido (metal noble) soportado por medio de pilar | $640 |
| D6075 | Retenedor para FPD de cerámica soportado por medio de implante | $720 |
| D6076 | Retenedor para FPD sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones de alta nobleza. Retenedor de metalcerámica para prótesis dental parcial fija cuya retención, apoyo y estabilidad se logran con un implante | $700 |
| D6077 | Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones de alta nobleza. Retenedor de metal para prótesis dental parcial fija cuya retención, apoyo y estabilidad se logran con un implante | $510 |
| D6080 | Procedimientos de implante cuando se retiran y se vuelven a insertar las prótesis, incluyendo la limpieza de la prótesis y los pilares | $55 |
| D6081 | Eliminación del sarro y residuos en la presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies de los implantes, sin inserción y cierre de colgajo | $20 |
| D6082 | Corona sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones con una base predominante | $640 |
| D6083 | Corona sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles | $645 |
| D6084 | Corona sobre implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | $650 |
| D6086 | Corona sobre implante, aleaciones con una base predominante | $640 |
| D6087 | Corona sobre implante, aleaciones nobles | $720 |
| D6088 | Corona sobre implante, titanio y aleaciones de titanio | $650 |
| D6090 | Reparación de prótesis con soporte de implante, según informe | $190 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D6091 | Reemplazo de una pieza de un accesorio de semiprecisión o de precisión de una prótesis con soporte de implante/pilar, por accesorio | $170 |
| D6092 | Recementación o readhesión de corona con soporte de implante/pilar | $50 |
| D6093 | Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija con soporte de implante/pilar | $70 |
| D6094 | Corona sobre pilar, titanio y aleaciones de titanio. Restauración de una corona retenida, apoyada y estabilizada por un pilar sobre un implante | $650 |
| D6095 | Reparación de pilar de implante, según informe | $140 |
| D6096 | Eliminación de tornillo roto de sujeción de implante | $24 |
| D6097 | Corona sobre pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | $700 |
| D6098 | Retenedor sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones con una base predominante | $595 |
| D6099 | Retenedor para FPD sobre implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles | $635 |
| D6110 | Dentadura postiza extraíble para el arco desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar | $995 |
| D6111 | Dentadura postiza extraíble para el arco desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar | $995 |
| D6112 | Dentadura postiza extraíble para el arco parcialmente desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar | $945 |
| D6113 | Dentadura postiza extraíble para el arco parcialmente desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar | $945 |
| D6114 | Dentadura postiza fija para el arco desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar | $2,380 |
| D6115 | Dentadura postiza fija para el arco desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar | $2,380 |
| D6116 | Dentadura postiza fija para el arco parcialmente desdentado-maxilar soportada por medio de implante/pilar | $1,410 |
| D6117 | Dentadura postiza fija para el arco parcialmente desdentado-mandibular soportada por medio de implante/pilar | $1,410 |
| D6120 | Retenedor sobre implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | $520 |
| D6121 | Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones con una base predominante | $445 |
| D6122 | Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones con una base predominante | $640 |
| D6123 | Retenedor para FPD de metal sobre implante, aleaciones nobles | $520 |
| D6191 | Pilar de semiprecisión, colocación | $335 |
| D6192 | Aditamento de semiprecisión, colocación | $252 |
| D6194 | Corona de retención sobre pilar para FPD, titanio y aleaciones de titanio. Retenedor para prótesis dental parcial fija cuya retención, apoyo y estabilidad se logran con un pilar sobre un implante | $520 |
| D6195 | Retenedor sobre pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | $510 |
| | **Coronas/puentes fijos, por unidad** | |
| • | Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana. | |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| • | Los casos que incluyen siete (7) o más coronas, implantes o unidades de puente fijo en el mismo plan de tratamiento requieren un copago de $125 adicional por unidad además del copago especificado para cada corona, implante o unidad de puente. | |
| D6205 | Póntico, composite a base de resina indirecta | $310 |
| D6210 | Póntico, metal muy noble por colado | $335 |
| D6211 | Póntico, base predominantemente de metal por colado | $335 |
| D6212 | Póntico, metal noble por colado | $335 |
| D6214 | Ortopóntico, titanio y aleaciones de titanio | $335 |
| D6240 | Póntico, porcelana fundida a un metal noble/muy resistente | $335 |
| D6241 | Póntico, porcelana fundida a una base predominantemente de metal | $335 |
| D6242 | Póntico, porcelana fundida a un metal noble | $335 |
| D6243 | Ortopóntico, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | $335 |
| D6245 | Póntico, porcelana/cerámica | $360 |
| D6250 | Póntico, resina con un metal muy noble | $335 |
| D6251 | Póntico, resina con una base predominantemente de metal | $335 |
| D6252 | Póntico, resina con un metal noble | $335 |
| D6253 | Tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. No debe usarse como un póntico temporal para una restauración de prótesis habitual. | $100 |
| D6545 | Retenedor,metal por colado para prótesis fijas de resina adherida | $140 |
| D6548 | Retenedor, porcelana/cerámica para prótesis fijas de resina adherida | $140 |
| D6549 | Retenedor de resina para prótesis fijas de resina adherida | $105 |
| D6600 | Incrustaciones del sujetador, de porcelana/cerámica, dos superficies | $335 |
| D6601 | Incrustaciones del sujetador, de porcelana/cerámica, tres o más superficies | $335 |
| D6602 | Incrustaciones del sujetador, molde con alto contenido de metal noble, dos superficies | $335 |
| D6603 | Incrustaciones del sujetador, molde con alto contenido de metal noble,, tres o más superficies | $335 |
| D6604 | Incrustaciones del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, dos superficies | $335 |
| D6605 | Incrustaciones del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, tres o más superficies | $335 |
| D6606 | Incrustaciones del sujetador, molde de metal noble, dos superficies | $335 |
| D6607 | Incrustaciones del sujetador, molde de metal noble, tres o más superficies | $335 |
| D6608 | Recubrimiento del sujetador, de porcelana/cerámica, dos superficies | $335 |
| D6609 | Recubrimiento del sujetador, de porcelana/cerámica, tres o más superficies | $335 |
| D6610 | Recubrimiento del sujetador, molde de metal muy noble, dos superficies | $335 |
| D6611 | Recubrimiento del sujetador, molde de metal muy noble, tres o más superficies | $335 |
| D6612 | Recubrimiento del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, dos superficies | $335 |
| D6613 | Recubrimiento del sujetador, molde principalmente compuesto de metal, tres o más superficies | $335 |
| D6614 | Recubrimiento del sujetador, molde de metal noble, dos superficies | $335 |
| D6615 | Recubrimiento del sujetador, molde de metal noble, tres o más superficies | $335 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D6624 | Incrustaciones del sujetador, titanio | $335 |
| D6634 | Recubrimiento del sujetador, titanio | $335 |
| D6710 | Corona de sujeción, empaste compuesto de resina (indirecta) | $335 |
| D6720 | Corona de sujeción, resina con metal muy noble | $335 |
| D6721 | Corona de sujeción, resina con base predominantemente de metal | $335 |
| D6722 | Corona de sujeción, resina con metal noble | $335 |
| D6740 | Corona de sujeción, de porcelana/cerámica | $335 |
| D6750 | Corona de sujeción, fusión de porcelana con base predominantemente de metal | $335 |
| D6751 | Corona de sujeción, fusión de porcelana con mayoría de metal | $335 |
| D6752 | Corona de sujeción, fusión de porcelana con metal noble | $335 |
| D6753 | Corona de retención, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio | $335 |
| D6780 | Corona de sujeción, ¾ de molde compuesto de metal muy noble | $335 |
| D6781 | Corona de sujeción, ¾ de molde compuesto principalmente de metal | $335 |
| D6782 | Corona de sujeción, ¾ de molde de metal noble | $335 |
| D6783 | Corona de sujeción, ¾ de porcelana/cerámica | $335 |
| D6784 | Corona de retención, ¾ titanio y aleaciones de titanio | $335 |
| D6790 | Corona de sujeción, molde completo con alto contenido de metal noble | $335 |
| D6791 | Corona de sujeción, molde completo predominantemente con base de metal | $335 |
| D6792 | Corona de sujeción, molde completo con contenido de metal noble | $335 |
| D6793 | Póntico provisorio. Tratamiento adicional o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. No debe usarse como una corona de retención temporal para una restauración de prótesis habitual. | $100 |
| D6794 | Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio | $335 |
| D6930 | Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija | $0 |
| D6940 | Liberador de tensión | $110 |
| D6950 | Accesorio de precisión. Un par de componentes constituye una pieza de precisión, que es independiente de la prótesis. | $195 |
| D6980 | Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla de material restaurativo | $45 |
| | **Cirugía bucal** | |
| • | Incluye visitas/tratamientos post operatorios de rutina. | |
| • | La extracción de terceros molares asintomáticos no es un Servicio cubierto a menos que exista una patología (enfermedad). | |
| D7111 | Extracción de restos de coronas, dientes temporales | $5 |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevación y/o fórceps) | $5 |
| D7210 | Extracción, diente erupcionado que exige la extracción del hueso o el corte del diente, con la inclusión de una elevación de colgajo mucoperióstico, si así se lo indica | $50 |
| D7220 | Extracción de diente impactado, tejido blando | $60 |
| D7230 | Extracción de diente impactado, parcialmente en hueso | $65 |
| D7240 | Extracción de diente impactado, completamente en hueso | $135 |
| D7241 | Extracción de diente impactado, completamente en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales | $150 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D7250 | Extracción de raíces del diente residuales (procedimiento de corte) | $45 |
| D7251 | Coronectomía, extracción de diente parcial intencional | $135 |
| D7260 | Cierre de fistula antro bucal | $270 |
| D7261 | Cierre primario de una perforación del seno | $275 |
| D7270 | Reimplante de dientes o estabilización de dientes extirpados o desplazados accidentalmente | $80 |
| D7280 | Exposición de un diente no erupcionado | $115 |
| D7282 | Movilización de un diente que brotó o está mal posicionado para ayudar a que brote | $90 |
| D7283 | Colocación de un accesorio en un diente retenido, después de su exposición, para ayudar a la dentición. Informe la exposición quirúrgica por separado usando el código D7280. | $90 |
| D7285 | Biopsia incisional de tejido bucal, duro (hueso, diente) | $150 |
| D7286 | Biopsia incisional de tejido bucal, blando | $60 |
| D7287 | Obtención de muestra citológica exfoliativa | $50 |
| D7288 | Biopsia con cepillo, recolección de muestras transepiteliales | $50 |
| D7291 | Fibrotomía transeptal/fibrotomía supra crestal, según informe | $40 |
| D7310 | Alveoloplastia junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante | $45 |
| D7311 | Alveoloplastia junto con extracciones – uno a tres dientes o espacios de diente por cuadrante | $25 |
| D7320 | Alveoloplastia no junto con extracciones – cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante | $190 |
| D7321 | Alveoloplastia no junto con extracciones – uno a tres dientes o espacios de diente, por cuadrante | $65 |
| D7340 | Vestibuloplastía, extensión de borde desdentado (epitelialización secundaria) | $370 |
| D7350 | Vestibuloplastía, extensión de borde desdentado (incluyendo injertos de tejido blando, reimplantación de músculo, revisión de la adhesión de tejido blando y manejo de tejido hipertrofiado e hiperplásico) | $990 |
| D7450 | Extracción de un quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión hasta 1.25 cm | $130 |
| D7451 | Remoción de un quiste o tumor odontogénico benigno, diámetro de la lesión mayor que 1.25 cm | $335 |
| D7471 | Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) | $80 |
| D7472 | Extracción de cresta palatina | $60 |
| D7473 | Extracción de cresta mandibular | $60 |
| D7485 | Reducción de tuberosidad ósea | $60 |
| D7510 | Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral | $40 |
| D7511 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales) | $40 |
| D7520 | Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extraoral | $40 |
| D7521 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales) | $40 |
| D7550 | Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extracción de hueso no vital | $125 |
| D7560 | Sinusotomía maxilar para la extracción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños | $505 |
| D7910 | Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm | $30 |
| D7921 | Obtención y aplicación de producto concentrado de sangre autóloga | $95 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D7950 | Injerto óseo, osteoperiosteo o de cartílago de la mandíbula o maxilar, autógeno o no autógeno, según el informe | $600 |
| D7951 | Aumento del seno con hueso o sustitos de hueso por medio de un método de apertura lateral | $825 |
| D7952 | Aumento del seno nasal por medio del método vertical | $825 |
| D7953 | Injerto de reemplazo de hueso para la preservación de alvéolos, por sitio | $100 |
| D7961 | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía) | $105 |
| D7962 | Frenectomía lingual (frenulectomía) | $105 |
| D7963 | Frenuloplastía | $105 |
| D7970 | Escisión de tejido hiperplásico, por arco | $55 |
| D7971 | Escisión de encía periocoronaria | $45 |
| D7972 | Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa | $125 |
| | **Ortodoncia** | |
| • | Los beneficios cubren veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia usual y habitual y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. | |
| • | Los beneficios de ortodoncia integral incluyen todas las fases de tratamiento y aparatos fijos/extraíbles. | |
| D8010 | Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición temporal | $1,260 |
| D8020 | Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de transición | $1,260 |
| D8030 | Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adolescente | $1,260 |
| D8040 | Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adulto | $1,260 |
| D8070 | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición | $2,410 |
| D8080 | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente | $2,410 |
| D8090 | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de adulto | $2,410 |
| D8660 | Examen para el tratamiento de preortodoncia, para controlar el desarrollo y crecimiento | $40 |
| D8670 | Visita de tratamiento periódico de ortodoncia | $40 |
| D8680 | Retención ortodóntica (remoción de aparatos, construcción y colocación de retenedores) | $345 |
| D8681 | Ajuste de sujetador ortodóntico extraíble | $0 |
| D8698 | Recementación o readhesión de retenedor fijo superior | $0 |
| D8699 | Recementación o readhesión de retenedor fijo inferior | $0 |
| D8701 | Reparación de retenedor fijo (incluye volver a fijarlo) superior | $0 |
| D8702 | Reparación de retenedor fijo (incluye volver a fijarlo) inferior | $0 |
| • | Hay un copago de $250 por planificación y registros de tratamiento de ortodoncia (rayos X previos/posteriores (cefalométrico, panorámico, etc.), fotografías, modelos de estudio). | |
| • | Hay un copago de $25 por visita para las visitas de ortodoncia fuera de los veinticuatro (24) meses de tratamiento activo o retención. | |
| | **Servicios generales complementarios** | |
| D9110 | Tratamiento paliativo (emergencia) de dolor dental, procedimientos menores | $10 |
| D9120 | Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija | $0 |
| D9210 | Anestesia local no junto con un procedimiento operatorio o quirúrgico | $0 |
| D9211 | Anestesia de bloque regional | $0 |
| D9212 | Anestesia del bloque de la división del trigémino | $0 |

## PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

| Código | Servicio | Copago para usted y sus dependientes |
|---|---|---|
| D9215 | Anestesia local junto con un procedimiento operatorio o quirúrgico | $0 |
| D9219 | Evaluación para sedación moderada, profunda o anestesia general | $0 |
| D9222 | Sedación profunda/Anestesia general, primeros 15 minutos | $60 |
| D9223 | Sedación profunda/anestesia general, incrementos cada 15 minutos | $60 |
| D9230 | Inhalación de óxido nitroso/analgesia, anxiólisis | $15 |
| D9239 | Analgesia/Sedación intravenosa (consciente) moderada, primeros 15 minutos | $60 |
| D9243 | Analgesia/Sedación intravenosa (consciente) moderada, cada incremento posterior de 15 minutos | $60 |
| D9248 | Sedación consciente no intravenosa | $15 |
| D9310 | Consulta, servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante | $0 |
| D9311 | Consulta con un profesional de atención médica | $0 |
| D9430 | Visita al consultorio para observación (durante el horario programado regularmente), no se realizan otros servicios | $0 |
| D9440 | Visita al consultorio, después del horario programado regularmente | $35 |
| D9450 | Presentación de caso, planificación de tratamiento extenso y detallado | $0 |
| D9610 | Medicamento parenteral terapéutico, administración única | $15 |
| D9612 | Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos | $25 |
| D9613 | Infiltración de medicamento terapéutico de liberación sostenida, por cuadrante. Infiltración de un agente farmacológico de liberación sostenida para el alivio del dolor de acción prolongada en el sitio quirúrgico. No apto para uso como anestesia local. | $15 |
| D9630 | Medicamentos o fármacos proporcionados en el consultorio para su uso en el hogar | $15 |
| D9910 | Aplicación de medicamento desensibilizante | $15 |
| D9930 | Tratamiento de complicación (post-quirúrgica), circunstancias inusuales, según el informe | $0 |
| D9932 | Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar | $55 |
| D9933 | Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular | $55 |
| D9934 | Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar | $55 |
| D9935 | Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular | $55 |
| D9942 | Reparación o reajuste de protector oclusal | $40 |
| D9943 | Ajuste de la guarda oclusal | $10 |
| D9944 | Protector oclusal, aparato rígido, arco completo | $85 |
| D9945 | Protector oclusal, aparato blando, arco completo | $85 |
| D9946 | Protector oclusal, aparato rígido, arco parcial | $64 |
| D9951 | Ajuste oclusal, limitado | $35 |
| D9952 | Ajuste oclusal (completo) | $115 |
| D9986 | Cita perdida (aviso con menos de 24 horas) | No debe exceder $25 |
| D9987 | Cita cancelada (si el aviso es con menos de 24 horas, consulte D9986) | $0 |

Current Dental Terminology © American Dental Association

## BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES

**General**

1. Los dentistas de atención especializada aceptarán la tarifa contratada para todos los Servicios cubiertos.

2. La anestesia general o sedación IV es un Servicio cubierto solo si se proporciona en un Consultorio dental general seleccionado, administrado por el Dentista general seleccionado o Dentista de atención especializada, y es en conjunto con los procedimientos quirúrgicos orales o periodónticos cubiertos o cuando el Dentista general seleccionado o el Dentista de atención especializada lo considere necesario.

3. La esterilización y control de infección no se nos puede facturar a nosotros ni a usted o sus dependientes y se incluyen dentro de los cargos por servicios proporcionados en esa fecha de servicio.
    a. Se incluye el anestésico local en todas las tarifas de procedimientos restaurativos y quirúrgicos.
    b. Todos los adhesivos, revestimientos, bases y ajustes oclusales se incluyen como parte del procedimiento de restauración.

**Diagnóstico**

1. Rayos X panorámicos o de toda la boca (incluyendo aletas de mordida): una vez cada tres (3) años, a menos que sea médicamente necesario por un problema dental específico.

2. Todos los costos de rayos X de aleta de mordida y periapicales adicionales realizados el mismo día que los rayos X de toda la boca que se le proporcionan a usted o a sus dependientes se incluyen en los costos de los rayos X de toda la boca.

**Preventivo**

1. Las limpiezas de rutina (profilaxis bucal), los servicios de mantenimiento periodontal (después de una terapia periodontal activa) y los tratamientos con flúor están limitados a dos veces al año. Hay disponibles dos (2) limpiezas adicionales (rutina y periodontal) bajo el copago enumerado en el PROGRAMA DE BENEFICIOS. Hay profilaxis adicional disponible, si es médicamente necesaria.

2. Sellantes o restauraciones preventivas de resina: El beneficio del plan aplica a los dientes molares temporales y permanentes, limitado a 19 años de edad, uno (1) por diente, por treinta y seis (36) meses, a menos que sea médicamente necesario.

3. Los mantenedores de espacio están cubiertos hasta los 14 años de edad, de por vida. El reemplazo de mantenedores de espacio no es un Servicio cubierto.

**Tratamiento restaurativo**

**Coronas, implantes y puentes fijos**

1. Se aplicará un cargo adicional que no debe exceder $150 por unidad, para cualquier procedimiento que utilice un metal noble, muy noble o titanio.

2. Los casos que incluyen siete (7) o más coronas, implantes o unidades de puente fijo en el mismo plan de tratamiento requieren un copago de $125 adicional por unidad además del copago especificado para cada corona, implante o unidad de puente.

3. Hay un copago de $75 por molar, por el uso de porcelana.

4. Las coronas de acero inoxidable prefabricadas o coronas de resina prefabricadas están limitadas a no más de un (1) reemplazo para la misma superficie del diente en un plazo de cinco (5) años.

5. Los cargos por coronas/restauraciones provisionales se incluyen dentro de los costos de la corona/restauración permanente.

6. Las coronas/restauraciones provisionales se deben usar por un período de al menos seis (6) meses de duración. Las coronas/restauraciones temporales se deben usar por un período de al menos dos (2) meses de duración. Estos procedimientos se deben utilizar durante el tratamiento restaurativo para permitir el tiempo adecuado para sanar o completar los otros procedimientos. No se deben utilizar como restauraciones provisionales.

7. El Reemplazo de cualquier restauración fundida con el mismo tipo de restauración fundida o uno diferente, está limitado a no más de uno cada cinco (5) años.

## BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

8. La reestructuración del muñón está limitada a no más de una vez por diente en un período de cinco (5) años.

9. Los pernos y muñones están limitados a no más de una vez por diente en un período de cinco (5) años.

10. Las carillas labiales están limitadas a no más de una vez por diente en un período de cinco (5) años.

**Prostodoncia**

1. El reajuste o rebasado está limitado a uno (1) cada doce (12) meses.

2. Dentaduras postizas (completas o parciales): Reemplazo solo después de que hayan transcurrido cinco (5) años de cualquier provisión de dichas dentaduras postizas bajo un plan de SafeGuard, a menos que sea debido a la pérdida de un diente natural que no se puede agregar a la parcial existente. Los reemplazos serán un beneficio bajo este plan solo si la dentadura postiza existente es insatisfactoria y no se puede hacer satisfactoria según lo determina el dentista general seleccionado tratante o el dentista de atención especializada.

3. Reemplazo de dentadura postiza completa inmediata por una dentadura postiza completa permanente, si la inmediata no puede ser transformada en permanente y dicho reemplazo se hace dentro de los doce (12) meses de la colocación de la dentadura postiza completa inmediata.

4. Ajustes de dentaduras postizas si han pasado al menos seis (6) meses desde la instalación de la dentadura postiza extraíble existente.

5. El servicio de prostodoncia extraíble y fija incluye hasta tres (3) ajustes en un plazo de seis (6) meses de la fecha del servicio.

6. Acondicionamiento de tejido elegible uno (1) por aparato cada veinticuatro (24) meses.

7. Las prótesis provisionales se deben utilizar por un período de al menos seis (6) meses de duración. Las prótesis temporales se deben usar por un período de al menos dos (2) meses de duración. Estos procedimientos se deben utilizar durante el tratamiento restaurativo para permitir el tiempo adecuado para sanar o completar los otros procedimientos. No se deben utilizar como restauraciones provisionales.

**Servicios de implantes**

1. Los implantes están limitados a no más de una vez para la misma posición dental en un período de cinco (5) años.

2. Las reparaciones de implantes están limitadas a no más de una vez en un período de doce (12) meses.

3. Las prótesis con soporte de implante están limitadas a no más de una vez para la misma posición dental en un período de cinco (5) años:
    - cuando es necesario para reemplazar dientes faltantes congénitamente; o
    - cuando es necesario para reemplazar los dientes naturales.

4. Lo siguiente está limitado a no más de dos (2) por cada año: Implantes, prótesis con soporte de implante y pilares para puentes.

**Endodoncia**

1. Los copagos enumerados para los procedimientos de endodoncia no incluyen el costo de la restauración final.

2. Los materiales utilizados para la irrigación de canal se incluyen en las tarifas de procedimientos de endodoncia.

**Cirugía bucal**

1. La extracción de terceros molares asintomáticos no es un Servicio cubierto. Debe existir una patología (enfermedad) para que tenga cobertura del programa.

## BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

2. Incluye visitas/tratamientos post operatorios de rutina.

**Periodoncia**

1. La irrigación (como Clorexidina), se incluye con los demás servicios que se le proporcionen ese día.

2. Los agentes de quimioterapia local están limitados a no más de seis (6) dientes por arco. Los planes de tratamiento que incluyen más de seis (6) dientes por arco, requieren aprobación previa del Plan.

3. El mantenimiento periodontal es elegible después de la terapia periodontal activa, la cual incluye raspado y alisamiento radicular, cirugía, etc.

4. El raspado periodontal y alisado radicular está limitado a no más de una vez por cuadrante cada período de veinticuatro (24) meses.

5. La cirugía periodontal, incluyendo gingivectomía, gingivoplastía y cirugía ósea, está limitada a no más de un procedimiento quirúrgico por cuadrante en cualquier período de treinta y seis (36) meses.

6. Diagramación periodontal para la planificación de tratamiento de la enfermedad periodontal como parte del diagnóstico general y tratamiento. Ningún cargo adicional aplicará a usted o sus dependientes o nosotros.

**Ortodoncia**

1. Si usted o su dependiente requiere los servicios de un ortodoncista, su dentista general seleccionado debe facilitarle una referencia. Si no se obtiene una referencia antes de que empiece el tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de todos los costos asociados con cualquier tratamiento de ortodoncia.

2. Si usted o su dependiente cancelan la cobertura del plan SafeGuard después de iniciar el tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de todos los cargos adicionales incurridos por el tratamiento de ortodoncia restante.

3. El tratamiento de ortodoncia debe proporcionarlo un Dentista general seleccionado o dentista de atención especializada cuya especialidad es el tratamiento dental de ortodoncia o uno pediátrico para que apliquen los copagos enumerados en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.

4. 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 ese extiende más allá de dichos períodos estará sujeto a un cargo de $25 por visita.

5. La fase de retención del tratamiento deberá incluir la construcción, colocación y ajuste de retenedores.

6. Si usted o su dependiente inició el tratamiento de ortodoncia antes de que su cobertura o la de su dependiente comenzara en virtud de este contrato colectivo, la continuidad del tratamiento de ortodoncia está disponible para usted o su dependiente en virtud de este contrato colectivo en cualquiera de las siguientes circunstancias:

    a. Tenía cobertura en virtud de los términos de un plan dental proporcionado por SafeGuard y, debido a una adquisición, ahora tiene cobertura en virtud de los términos de este contrato colectivo.

    b. Tenía cobertura en virtud de los términos de un plan dental proporcionado por una compañía de seguros que no era SafeGuard y ahora tiene cobertura en virtud de los términos de este contrato colectivo porque el titular del contrato posteriormente hizo un contrato con SafeGuard.

    c. Se determina que es elegible para recibir los beneficios de la DHMO en virtud de los términos de este contrato colectivo debido a su condición de empleado nuevo.

    d. Tenía cobertura en virtud de los términos de un plan dental y recibió servicios de ortodoncia que no estaban cubiertos porque ese plan dental no ofrecía cobertura de ortodoncia.

## BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

Una vez que recibamos el Formulario de continuidad de ortodoncia completo, junto con toda la documentación de respaldo, aceptaremos la responsabilidad de continuar el pago del saldo restante adeudado, hasta un máximo de $1,500 multiplicado por el porcentaje del tratamiento total restante a partir de la fecha de vigencia de este contrato colectivo, de conformidad con la sección BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES y BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES.

La continuidad del tratamiento de ortodoncia estará disponible si se inscribe dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se lo consideró elegible para recibir los beneficios en virtud de los términos de este contrato colectivo.

## BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES

1. Todos los procedimientos que no se enumeran específicamente como un Servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS o procedimientos o servicios dentales realizados únicamente con fines cosméticos (a menos que se enumeren específicamente como un Servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS), no están cubiertos.

2. Los servicios cubiertos los debe proporcionar su Consultorio dental general seleccionado o un dentista de atención especializada de SafeGuard a quién se le refiere de acuerdo con los términos de su evidencia de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS. Los servicios realizados por un Dentista no contratado por SafeGuard no son Servicios cubiertos, sin aprobación previa por parte de SafeGuard o su dentista general seleccionado, de acuerdo con los términos de su evidencia de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS (excepto los servicios de emergencia fuera del área).

3. Procedimientos dentales iniciados antes de su elegibilidad o la de sus dependientes bajo este PROGRAMA DE BENEFICIOS o iniciados después de que han terminado sus beneficios o los de sus dependientes. Por ejemplo, los dientes preparados para coronas, tratamiento de canales en progreso (el diente ha sido abierto hasta la pulpa (cámara del nervio)), o dentaduras postizas completas o parciales para las que se ha tomado una impresión.

4. Todos los servicios dentales o aparatos que se determine que no son razonables o necesarios para mantener o mejorar la salud dental de usted o de sus dependientes, según lo determine el dentista general seleccionado y nosotros, con base en los estándares de atención dental generalmente aceptados.

5. Cirugía ortognática.

6. Los cargos de hospital para pacientes hospitalizados/ambulatorios de cualquier tipo, incluyendo recetas médicas o medicamentos. La anestesia general o sedación por IV no está cubierta en ningún caso si se administra en un centro u hospital para pacientes ambulatorios. Los cargos dentales estarán cubiertos si el procedimiento realizado está cubierto por el Plan.

7. El Reemplazo de dentaduras postizas, coronas, aparatos o puentes que se han perdido, robado o dañado.

8. Tratamiento de malignidades, quistes o neoplasmas, a menos que se enumeren específicamente como Servicios cubiertos en el PROGRAMA DE BENEFICIOS. Todos los servicios relacionados con tarifas de laboratorio de patología.

9. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo principal propósito es cambiar la dimensión vertical de la oclusión, corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o inducidos médicamente; incluyendo, entre otros, el tratamiento de trastornos de la articulación miofuncional, mioesqueletal o temporomandibular a menos que se especifique lo contrario como un beneficio cubierto en el Programa de beneficios de este Plan.

10. Servicios dentales proporcionados o pagados por una agencia o autoridad del gobierno federal o estatal, subdivisión política u otro programa público aparte de Medicaid o Medicare.

11. Los servicios requeridos mientras presta servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.

12. Servicios dentales que se consideran de naturaleza experimental.

13. Tratamiento requerido debido a un accidente de una fuerza externa, a menos que se enumere de otra manera como un Servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.

## BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES (continuación)

14. Los siguientes no se incluyen como beneficios de ortodoncia:
    - Reparación o reemplazo de aparatos perdidos o rotos;
    - Retratamiento de casos de ortodoncia;
    - Tratamiento que implica:
        - Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognasia, macroglosia;
        - Desbalances hormonales u otros factores que afectan el crecimiento o anormalidades del desarrollo;
        - Tratamiento relacionado con los trastornos de la articulación temporomandibular;
    - Composite o soportes de cerámica, adaptación lingual de bandas ortodónticas y otras alternativas especializadas o cosméticas para aparatos estándar de ortodoncia fijos y extraíbles.
    - Se excluyen los servicios de Invisalign.

## ASISTENCIA DE IDIOMA

As a SafeGuard member you have a right to free language assistance services, including interpretation and translation services. SafeGuard collects and maintains your language preferences, race, and ethnicity so that we can communicate more effectively with our members. If you require language assistance or would like to inform SafeGuard of your preferred language, please contact SafeGuard at (800) 880-1800.

Como miembro de SafeGuard usted tiene derecho a recibir servicios gratuitos de asistencia en idiomas. Esto incluye servicios de interpretación y traducción. SafeGuard recaba la información sobre sus preferencias de idioma, raza, y etnia de manera que nos podamos comunicar eficazmente con nuestros miembros. Si necesita asistencia en su idioma o quiere informarle a SafeGuard sobre su idioma de preferencia, comuníquese con SafeGuard al (800) 880-1800.

作為**SafeGuard**的會員，您有權獲得免費語言服務，包括口譯和筆譯。**SafeGuard**收集並保存有關您的語言選擇、人種和族裔方面的資料，以便我們更有效地與會員溝通。如果您需要語言方面的協助，或希望將您選擇的語言告訴**SafeGuard**，可通過電話或網站與**SafeGuard**聯絡，電話是**(800) 880-1800**。