

Plan Dental de Derivación Directa*

MET3757

Este PROGRAMA DE BENEFICIOS enumera los servicios cubiertos disponibles para usted y sus dependientes bajo su plan dental, así como también los pagos realizados por usted y sus dependientes por cada servicio cubierto. Los pagos realizados por usted y sus dependientes pueden incluir Copagos por un Servicio Cubierto.

*El cuidado bajo este plan está proporcionado 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 Especializado y de facilitar las derivaciones necesarias. Se le informará a usted y a sus dependientes del nombre, dirección y número telefónico del Dentista de Atención Especializada en el Área de Servicio de usted o de sus dependientes.

Ausencia a las Citas: Si usted o sus dependientes necesitan cancelar o reprogramar una cita, deberá notificar al Consultorio Dental General Seleccionado con la mayor anticipación posible. Así, el Consultorio Dental General Seleccionado podrá asignarle la cita a otra persona que necesite atención. Si usted o sus dependientes no hacen esto de forma oportuna, es posible que tengan que pagar un cargo por no acudir a la cita.

Servicio	Copago de usted y sus dependientes
• Cita Cancelada (con menos de 24 horas de anticipación)	Sin exceder de \$25
• Visita en consultorio – por visita (incluidos todos los cargos por esterilización y/o control de infecciones)	\$0

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
Tratamiento Diagnóstico		
D0120	Examen oral periódico – paciente establecido	\$0
D0140	Examen oral limitado – enfocado en el problema	\$0
D0145	Examen oral para un paciente menor de tres años de edad y asesoramiento con un médico de atención primaria	\$0
D0150	Examen oral integral – paciente nuevo o establecido	\$0
D0160	Examen oral detallado y exhaustivo – enfocado en el problema, por informe	\$0
D0170	Reexamen – limitado, enfocado en el problema (paciente establecido; visita no posoperatoria)	\$0
D0180	Examen periodontal integral – paciente nuevo o establecido	\$0
Radiografías/Diagnóstico por Imágenes (rayos X)		
D0210	Intraorales – serie completa (incluye radiografías interproximales o Bitewing)	\$0
D0220	Intraorales – primera placa periapical	\$0
D0230	Intraorales – cada placa periapical adicional	\$0
D0240	Intraorales – placa oclusal	\$0
D0250	Extraorales – primera placa	\$0
D0260	Extraorales – cada placa adicional	\$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D0270	Radiografías interproximales o Bitewing – placa simple	\$0
D0272	Radiografías interproximales o Bitewing – dos placas	\$0
D0273	Radiografías interproximales o Bitewing – tres placas	\$0
D0274	Radiografías interproximales o Bitewing – cuatro placas	\$0
D0277	Radiografías interproximales o Bitewing verticales – 7 u 8 placas	\$0
D0330	Placa panorámica	\$0
D0340	Placa cefalométrica	\$0
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales	\$0
D0360	Tc de haz cónico – captura de datos craneofaciales	\$180
D0362	Haz cónico – reconstrucción de dos imágenes dimensionales utilizando datos existentes, incluye múltiples imágenes	\$115
D0363	Haz cónico – reconstrucción de tres imágenes dimensionales utilizando datos existentes, incluye múltiples imágenes	\$160
Pruebas y Exámenes		
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	\$0
D0425	Pruebas de susceptibilidad a las caries	\$0
D0431	Prueba complementaria de diagnóstico previo para ayudar a la detección de anomalías de la mucosa, incluidas lesiones premalignas y malignas, no se incluyen los procedimientos de citología o biopsia	\$50
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0
D0470	Moldes para diagnóstico	\$0
D0472	Recolección de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe por escrito	\$0
D0473	Recolección de tejido, examen macro y microscópico, preparación y transmisión de informe por escrito	\$0
D0474	Recolección de tejido, examen macro y microscópico, incluida la evaluación de los márgenes quirúrgicos para detectar la presencia de enfermedades, preparación y transmisión de informe por escrito	\$0
D0480	Recolección de frotis citológica exfoliativa, examen microscópico, preparación y transmisión de informe por escrito	\$0
D0486	Recolección de muestra citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión de informe por escrito	\$0
D0502	Otros procedimientos patológicos orales, por informe	\$0
Servicios Preventivos		
D1110	Profilaxis – adulto	\$0
•	Profilaxis adicional para adultos (máximo de 2 adicionales por año)	\$35
D1120	Profilaxis – niño	\$0
•	Profilaxis adicional para niños (máximo de 2 adicionales por año)	\$25
D1203	Aplicación tópica de fluoruro – niño	\$0
D1204	Aplicación tópica de fluoruro – adulto	\$0
D1206	Barniz de fluoruro tópico; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo de caries moderado a elevado	\$0
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	\$0
D1320	Asesoramiento sobre el consumo de tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	\$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D1330	Instrucciones para la higiene oral	\$0
	• Incluye instrucciones para la higiene periodontal	
D1351	Sellante – por diente	\$0
D1352	Restauraciones con resina preventiva en pacientes con riesgo de caries moderado a alto – diente permanente	\$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	\$5
D1555	Extracción de mantenedor de espacio fijo	\$5
Tratamiento de Restauración		
D2140	Amalgama – una superficie, primario o permanente	\$10
D2150	Amalgama - dos superficies, primario o permanente	\$15
D2160	Amalgama – tres superficies, primario o permanente	\$18
D2161	Amalgama - cuatro superficies o más, primario o permanente	\$20
D2330	Compuesto a base de resina – una superficie, anterior	\$10
D2331	Compuesto a base de resina – dos superficies, anterior	\$15
D2332	Compuesto a base de resina – tres superficies, anterior	\$18
D2335	Compuesto a base de resina – cuatro superficies o más o incluyendo el ángulo incisal (anterior)	\$20
D2390	Corona con compuesto a base de resina, anterior	\$30
D2391	Compuesto a base de resina – una superficie, posterior	\$30
D2392	Compuesto a base de resina – dos superficies, posterior	\$45
D2393	Compuesto a base de resina, tres superficies, posterior	\$65
D2394	Compuesto a base de resina – cuatro superficies o más, posterior	\$65
Coronas		
	• Se aplicará un cargo adicional, que no superará los \$150 por unidad, por los procedimientos en los que se utilice un metal noble, altamente noble o titanio. Existe un copago de \$75 por molar por el uso de porcelana.	
	• En los casos que incluyan siete (7) unidades de coronas, implantes y/o puentes fijos o más dentro del mismo plan de tratamiento se requiere un Copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado por cada unidad de corona, implante o puente.	
D2510	Incrustación (Inlay) – metálica – una superficie	\$165
D2520	Incrustación (Inlay) – metálica – dos superficies	\$165
D2530	Incrustación (Inlay) – metálica – tres superficies o más	\$165
D2542	Injerto (Onlay) – metálico – dos superficies	\$185
D2543	Injerto (Onlay) – metálico – tres superficies	\$185
D2544	Injerto (Onlay) – metálico – cuatro superficies o más	\$185
D2610	Incrustación (Inlay) – porcelana/cerámica – una superficie	\$185
D2620	Incrustación (Inlay) – porcelana/cerámica – dos superficies	\$185
D2630	Incrustación (Inlay) – porcelana/cerámica – tres superficies o más	\$185

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D2642	Injerto (Onlay) – porcelana/cerámica – dos superficies	\$185
D2643	Injerto (Onlay) – porcelana/cerámica – tres superficies	\$185
D2644	Injerto (Onlay) – porcelana/cerámica – cuatro superficies o más	\$185
D2650	Incrustación (Inlay) – compuesto a base de resina – una superficie	\$185
D2651	Incrustación (Inlay) – compuesto a base de resina – dos superficies	\$185
D2652	Incrustación (Inlay) – compuesto a base de resina – tres superficies o más	\$185
D2662	Injerto (Onlay) – compuesto a base de resina – dos superficies	\$185
D2663	Injerto (Onlay) – compuesto a base de resina – tres superficies	\$185
D2664	Injerto (Onlay) – compuesto a base de resina – cuatro superficies o más	\$185
D2710	Corona – compuesto a base de resina (indirecto)	\$185
D2712	Corona – compuesto a base de resina, $\frac{3}{4}$ (indirecto)	\$185
D2720	Corona – resina con metal altamente noble	\$185
D2721	Corona – resina con metal base predominantemente	\$185
D2722	Corona – resina con metal noble	\$185
D2740	Corona – sustrato de porcelana/cerámica	\$225
D2750	Corona – porcelana fundida a metal altamente noble	\$185
D2751	Corona – porcelana fundida a metal base predominantemente	\$185
D2752	Corona – porcelana fundida a metal noble	\$185
D2780	Corona – metal altamente noble, moldeado $\frac{3}{4}$	\$185
D2781	Corona – metal base predominantemente, moldeado $\frac{3}{4}$	\$185
D2782	Corona – metal noble, moldeado $\frac{3}{4}$	\$185
D2783	Corona – porcelana/cerámica, $\frac{3}{4}$	\$185
D2790	Corona – metal altamente noble, moldeado completo	\$185
D2791	Corona – metal base predominantemente, moldeado completo	\$185
D2792	Corona – metal noble, moldeado completo	\$185
D2794	Corona – titanio	\$185
D2799	Corona provisoria	\$55
D2910	Recementación de incrustaciones (inlays), injertos (onlays) o restauración parcial de la funda	\$0
D2915	Recementación de perno y núcleo, moldeados o prefabricados	\$0
D2920	Recementación de corona	\$0
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada – diente primario	\$25
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada – diente permanente	\$25
D2932	Corona de resina prefabricada	\$35
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina	\$35
D2940	Restauraciones protectoras	\$0
D2950	Refuerzo de núcleo, incluidos los pernos	\$50
D2951	Retención con pernos – por diente, además de la restauración	\$10
D2952	Perno y núcleo, además de la corona, fabricados indirectamente	\$50
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente – mismo diente	\$50
D2954	Perno y núcleo prefabricados, además de la corona	\$30
D2955	Extracción de perno (no conjuntamente con la terapia de endodoncia)	\$10

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D2957	Cada perno prefabricado adicional – mismo diente	\$30
D2960	Revestimiento labial (laminado de resina) – en consultorio	\$250
D2961	Revestimiento labial (laminado de resina) – en laboratorio	\$300
D2962	Revestimiento labial (laminado de porcelana) – en laboratorio	\$350
D2970	Corona provisoria (diente fracturado)	\$0
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona bajo la estructura de una prótesis dental parcial existente	\$50
D2980	Reparación de corona, por informe	\$0
Endodoncia		
	• En todos los procedimientos se excluye la restauración final.	
D3110	Recubrimiento pulpar – directo (no se incluye la restauración final)	\$0
D3120	Recubrimiento pulpar – indirecto (no se incluye la restauración final)	\$0
D3220	Pulpotomía terapéutica (no se incluye la restauración final) – extracción de la pulpa coronaria de la unión cementodentinaria y aplicación de medicamento	\$10
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$45
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis – diente permanente con desarrollo de raíz incompleto	\$10
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) – anterior, diente primario (no se incluye la restauración final)	\$30
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible) – posterior, diente primario (no se incluye la restauración final)	\$35
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no se incluye la restauración final)	\$80
D3320	Terapia de endodoncia, diente bicúspide (no se incluye la restauración final)	\$115
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no se incluye la restauración final)	\$200
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto; acceso no quirúrgico	\$85
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, imposible de restaurar o fracturado	\$70
D3333	Reparación de defectos de perforación en raíz interna	\$85
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo – anterior	\$135
D3347	Repetición de tratamiento de conducto previo – bicúspide	\$175
D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo – molar	\$275
D3351	Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar – visita inicial (reparación de perforaciones con cierre apical/calcificación, reabsorción de raíz, espacio pulpar, desinfección, etc.)	\$65
D3352	Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar – reemplazo de medicación provisoria (reparación de perforaciones con cierre apical/calcificación, reabsorción de raíz, espacio pulpar, desinfección, etc.)	\$65
D3353	Apexificación/recalcificación – visita final (incluye tratamiento de conducto completado – reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)	\$65
D3354	Regeneración pulpar - (finalización de tratamiento regenerativo en un diente permanente inmaduro con una pulpa necrótica); no incluye restauración final.	\$65
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular – anterior	\$95
D3421	Apicectomía/cirugía perirradicular – bicúspide (primera raíz)	\$95
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular – molar (primera raíz)	\$95

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	\$60
D3430	Empaste retrógrado – por raíz	\$40
D3450	Amputación de raíz – por raíz	\$95
D3460	Implante endodóntico endoóseo	\$555
D3910	Procedimiento quirúrgico de aislamiento del diente con dique de goma	\$0
D3920	Hemisección (incluida la extracción de raíz), no se incluye el tratamiento de conducto	\$90
D3950	Preparación del conducto y ajuste del perno o poste preformados	\$15
Periodoncia		
	<ul style="list-style-type: none"> El registro de servicios periodontales para planificar el tratamiento de la enfermedad periodontal está incluido como parte del diagnóstico general y tratamiento. No se aplicarán cargos adicionales a usted o su dependiente o a nosotros. 	
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales limitados, por cuadrante	\$90
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes limitados por cuadrante	\$68
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular – cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes limitados por cuadrante	\$150
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes limitados por cuadrante	\$113
D4245	Colgajo posicionado apicalmente	\$165
D4249	Alargamiento de corona clínica – tejido duro	\$120
D4260	Cirugía ósea (incluidos la entrada y cierre del colgajo) – cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes limitados, por cuadrante	\$295
D4261	Cirugía ósea (incluidos la entrada y cierre del colgajo) – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes limitados por cuadrante	\$210
D4263	Injerto de reemplazo de hueso – primer sitio en el cuadrante	\$180
D4264	Injerto de reemplazo de hueso – cada sitio adicional en el cuadrante	\$95
D4265	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejido blando y óseo	\$95
D4266	Regeneración tisular guiada – barrera reabsorbible, por sitio	\$215
D4267	Regeneración tisular guiada – barrera no reabsorbible, por sitio (incluye la extracción de la membrana)	\$255
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	\$0
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando	\$245
D4271	Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluida la cirugía del sitio donante)	\$245
D4273	Procedimientos de injerto de tejido conectivo subepitelial, por diente	\$75
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no se realice conjuntamente con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$70
D4275	Aloinjerto de tejido blando	\$380
D4276	Tejido conectivo combinado e injerto de pedículo doble, por diente	\$75
D4320	Férulas provisionarias – intracoronarias	\$95
D4321	Férulas provisionarias – extracoronarias	\$85
D4341	Limpieza periodontal y alisado radicular – cuatro o más dientes, por cuadrante	\$40

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D4342	Limpieza periodontal y alisado radicular – uno a tres dientes, por cuadrante	\$30
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir la evaluación y el diagnóstico integrales	\$40
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos mediante un vehículo de liberación controlada dentro del tejido crevicular afectado, por diente, por informe	\$60
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30
D4920	Cambio de vestimenta sin programar (por alguien diferente al dentista tratante)	\$0
	• Procedimientos de mantenimiento periodontal adicionales (más de 2 en 12 meses)	\$55
Prótesis Dentales Removibles		
	• La entrega de prótesis dentales removibles y fijas incluye hasta 3 ajustes dentro de los 6 meses posteriores a la fecha en que se prestó el servicio.	
D5110	Prótesis dental completa – maxilar	\$210
D5120	Prótesis dental completa – mandibular	\$210
D5130	Prótesis dental inmediata – maxilar	\$225
D5140	Prótesis dental inmediata – mandibular	\$225
D5211	Prótesis dental maxilar parcial – base de resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales)	\$240
D5212	Prótesis dental mandibular parcial – base de resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales)	\$240
D5213	Prótesis dental maxilar parcial – estructura de metal moldeado con base de prótesis dental de resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales)	\$260
D5214	Prótesis dental mandibular parcial – estructura de metal moldeado con base de prótesis dental de resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales)	\$260
D5225	Prótesis dental maxilar parcial – base flexible (incluye ganchos, apoyos y dientes)	\$365
D5226	Prótesis dental mandibular parcial – base flexible (incluye ganchos, apoyos y dientes)	\$365
D5281	Prótesis dental parcial unilateral removible – metal moldeado de una pieza (incluidos ganchos y dientes)	\$250
D5410	Ajuste de prótesis dental completa – maxilar	\$0
D5411	Ajuste de prótesis dental completa – mandibular	\$0
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial – maxilar	\$0
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial – mandibular	\$0
D5510	Reparación de fractura de base de prótesis dental completa	\$30
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos – prótesis dental completa (cada diente)	\$30
D5610	Reparación de base de prótesis dental de resina	\$30
D5620	Reparación de estructura moldeada	\$30
D5630	Reparación o reemplazo de gancho quebrado	\$35
D5640	Reemplazo de dientes rotos – por diente	\$30
D5650	Agregado de diente a prótesis dental parcial existente	\$30
D5660	Agregado de gancho a prótesis dental parcial existente	\$35

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D5670	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en la estructura de metal moldeado (maxilar)	\$165
D5671	Reemplazo de dentadura completa y acrílico en la estructura de metal moldeado (mandibular)	\$165
D5710	Rebase de prótesis dental maxilar completa	\$60
D5711	Rebase de prótesis dental mandibular completa	\$60
D5720	Rebase de prótesis dental maxilar parcial	\$60
D5721	Rebase de prótesis dental mandibular parcial	\$60
D5730	Revestimiento de prótesis dental maxilar completa (en consultorio)	\$35
D5731	Revestimiento de prótesis dental mandibular completa (en consultorio)	\$35
D5740	Revestimiento de prótesis dental maxilar parcial (en consultorio)	\$35
D5741	Revestimiento de prótesis dental mandibular parcial (en consultorio)	\$35
D5750	Revestimiento de prótesis dental maxilar completa (en laboratorio)	\$60
D5751	Revestimiento de prótesis dental mandibular completa (en laboratorio)	\$60
D5760	Revestimiento de prótesis dental maxilar parcial (en laboratorio)	\$60
D5761	Revestimiento de prótesis dental mandibular parcial (en laboratorio)	\$60
D5810	Prótesis dental completa provisoria (maxilar)	\$230
D5811	Prótesis dental completa provisoria (mandibular)	\$230
D5820	Prótesis dental parcial provisoria (maxilar)	\$60
D5821	Prótesis dental parcial provisoria (mandibular)	\$60
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$10
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$10
D5862	Accesorio (attachment) de precisión, por informe	\$160
Servicios de implante		
Servicios prequirúrgicos		
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe	\$130
Servicios quirúrgicos		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo de implante; implante endóstico	\$1,005
D6012	Colocación quirúrgica del cuerpo de implante para prótesis transicional: implante endóstico	\$770
D6040	Colocación quirúrgica: implante perióstico	\$1,860
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico	\$1,170
D6100	Extracción de implantes, por informe	\$240
Prótesis sujetas con implantes		
	<ul style="list-style-type: none"> Se aplicará un cargo adicional, que no superará los \$150 por unidad, por los procedimientos en los que se utilice un metal noble, altamente noble o titanio. Existe un copago de \$75 por el uso de porcelana. En los casos que incluyan siete (7) unidades de coronas, implantes y/o puentes fijos o más dentro del mismo plan de tratamiento se requiere un Copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado por cada unidad de corona, implante o puente. 	
D6053	Prótesis dental removible sujeta con implante/pilar para un arco completamente edéntulo	\$995
D6054	Prótesis dental removible sujeta con implante/pilar para un arco parcialmente	\$945

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
	edéntulo	
D6055	Barra de conexión – sujeta con implantes o pilares	\$345
D6056	Pilar prefabricado – incluye colocación	\$245
D6057	Pilar personalizado – incluye colocación	\$335
D6058	Corona de porcelana/cerámica sujeta con pilares	\$685
D6059	Porcelana fundida a corona de metal sujeta con pilares (metal altamente noble)	\$660
D6060	Porcelana fundida a corona de metal sujeta con pilares (metal base predominantemente)	\$640
D6061	Porcelana fundida a corona de metal sujeta con pilares (metal noble)	\$645
D6062	Corona de metal moldeada sujeta con pilares (metal altamente noble)	\$655
D6063	Corona de metal moldeada sujeta con pilares (metal base predominantemente)	\$640
D6064	Corona de metal moldeada sujeta con pilares (metal noble)	\$720
D6065	Corona de porcelana/cerámica sujeta con implantes	\$725
D6066	Porcelana fundida a corona de metal sujeta con implantes (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)	\$700
D6067	Corona de metal sujeta con implantes (titanio, aleación de titanio, metal altamente noble)	\$725
D6068	Retenedor sujeto con pilares para FPD de porcelana/cerámica	\$680
D6069	Retenedor sujeto con pilares para porcelana fundida a metal FDP (metal altamente noble)	\$680
D6070	Retenedor sujeto con pilares para porcelana fundida a metal FDP (metal base predominantemente)	\$595
D6071	Retenedor sujeto con pilares para porcelana fundida a FPD de metal (metal noble)	\$635
D6072	Retenedor sujeto con pilares para FPD de metal moldeado (metal altamente noble)	\$625
D6073	Retenedor sujeto con pilares para FPD de metal moldeado (metal base predominantemente)	\$445
D6074	Retenedor sujeto con pilares para FPD de metal moldeado (metal noble)	\$640
D6075	Retenedor sujeto con implantes para FPD de cerámica	\$720
D6076	Retenedor sujeto con pilares para porcelana fundida a FDP de metal (titanio, aleación de titanio, o metal altamente noble)	\$700
D6077	Retenedor sujeto con pilares para FPD de metal moldeado (titanio, aleación de titanio o metal altamente noble)	\$510
D6078	Prótesis dental fija sujeta con implantes/pilares para arco completamente edéntulo	\$2,380
D6079	Prótesis dental fija sujeta con implantes/pilares para arco parcialmente edéntulo	\$1,410
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implante, incluyendo extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y re inserción de prótesis	\$55
D6090	Reparación de prótesis sujetas con implantes, por informe	\$190
D6091	Reemplazo de accesorio (attachment) de precisión o semiprecisión (componente masculino o femenino) de prótesis sujeta con implantes/pilares, por accesorio	\$170
D6092	Recementación de corona sujeta con implantes/pilares	\$50

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D6093	Recementación de prótesis dental fija sujeta con implantes/pilares	\$70
D6094	Corona sujeta con pilares (titanio)	\$650
D6095	Reparación de implantes y pilares, por informe	\$140
D6194	Corona retenedora sujeta con pilares para FPD (titanio)	\$520
Coronas/Puentes Fijos - Por Unidad		
	<ul style="list-style-type: none"> Se aplicará un cargo adicional, que no superará los \$150 por unidad, por los procedimientos en los que se utilice un metal noble, altamente noble o titanio. Existe un copago de \$75 por el uso de porcelana. En los casos que incluyan siete (7) unidades de coronas, implantes y/o puentes fijos o más dentro del mismo plan de tratamiento se requiere un Copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado por cada unidad de corona, implante o puente. 	
D6205	Póntico – compuesto a base de resina, indirecto	\$185
D6210	Póntico – metal altamente noble, moldeado	\$185
D6211	Póntico – metal base predominantemente moldeado	\$185
D6212	Póntico – metal noble moldeado	\$185
D6214	Póntico – titanio	\$185
D6240	Póntico – porcelana fundida a metal altamente noble	\$185
D6241	Póntico – porcelana fundida a metal base predominantemente	\$185
D6242	Póntico – porcelana fundida a metal noble	\$185
D6245	Póntico – porcelana/cerámica	\$205
D6250	Póntico – resina con metal altamente noble	\$185
D6251	Póntico – resina con metal base predominantemente	\$185
D6252	Póntico – resina con metal noble	\$185
D6253	Póntico provisorio	\$55
D6254	Póntico provisorio	\$28
D6545	Retenedor – metal moldeado para prótesis fija pegada con resina	\$75
D6548	Retenedor – porcelana/cerámica para prótesis fija pegada con resina	\$75
D6600	Incrustación (Inlay) – porcelana/cerámica, dos superficies	\$185
D6601	Incrustación (Inlay) – porcelana/cerámica, tres superficies o más	\$185
D6602	Incrustación (Inlay) – metal altamente noble, moldeado, dos superficies	\$185
D6603	Incrustación (Inlay) – metal altamente noble, moldeado, tres superficies o más	\$185
D6604	Incrustación (Inlay) – metal base predominantemente, moldeado, dos superficies	\$185
D6605	Incrustación (Inlay) – metal base predominantemente, moldeado, tres superficies o más	\$185
D6606	Incrustación (Inlay) – metal noble, moldeado, dos superficies	\$185
D6607	Incrustación (Inlay) – metal noble, moldeado, tres superficies o más	\$185
D6608	Injerto (Onlay) – porcelana/cerámica, dos superficies	\$185
D6609	Injerto (Onlay) – porcelana/cerámica, tres superficies o más	\$185
D6610	Injerto (Onlay) – metal altamente noble, moldeado, dos superficies	\$185
D6611	Injerto (Onlay) – metal altamente noble, moldeado, tres superficies o más	\$185
D6612	Injerto (Onlay) – metal base predominantemente, moldeado, dos superficies	\$185

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D6613	Injerto (Onlay) – metal base predominantemente, moldeado, tres superficies o más	\$185
D6614	Injerto (Onlay) – metal noble, moldeado, dos superficies	\$185
D6615	Injerto (Onlay) – metal noble, moldeado, tres superficies o más	\$185
D6624	Incrustación (Inlay) – titanio	\$185
D6634	Injerto (Onlay) – titanio	\$185
D6710	Corona – compuesto a base de resina, indirecto	\$185
D6720	Corona – resina con metal altamente noble	\$185
D6721	Corona – resina con metal base predominantemente	\$185
D6722	Corona – resina con metal noble	\$185
D6740	Corona – porcelana/cerámica	\$185
D6750	Corona – porcelana fundida a metal altamente noble	\$185
D6751	Corona – porcelana fundida a metal base predominantemente	\$185
D6752	Corona – porcelana fundida a metal noble	\$185
D6780	Corona – metal altamente noble, moldeado $\frac{3}{4}$	\$185
D6781	Corona – metal base predominantemente, moldeado $\frac{3}{4}$	\$185
D6782	Corona – metal noble, moldeado $\frac{3}{4}$	\$185
D6783	Corona – porcelana/cerámica, $\frac{3}{4}$	\$185
D6790	Corona – metal altamente noble, moldeado completo	\$185
D6791	Corona – metal base predominantemente, moldeado completo	\$185
D6792	Corona – metal noble, moldeado completo	\$185
D6793	Corona retenedora provisoria	\$55
D6794	Corona – titanio	\$185
D6795	Corona retenedora transicional	\$28
D6930	Recementación de prótesis dental parcial fija	\$0
D6940	Férula antiestrés	\$110
D6950	Accesorio (attachment) de precisión	\$195
D6970	Perno y núcleo, además del retenedor de prótesis dental parcial fija, fabricados indirectamente	\$50
D6972	Perno y núcleo prefabricados, además del retenedor de prótesis dental parcial fija	\$30
D6973	Refuerzo de núcleo para retenedor, incluye pernos	\$10
D6976	Cada perno adicional fabricado indirectamente – mismo diente	\$40
D6977	Cada perno prefabricado adicional – mismo diente	\$40
D6980	Reparación de prótesis dental parcial fija, por informe	\$45
Cirugía Oral		
	<ul style="list-style-type: none"> • Incluye visitas/tratamiento posoperatorio de rutina. • La extracción de terceros molares asintomáticos no es un Servicio Cubierto, salvo que exista una patología (enfermedad) 	
D7111	Extracción, restos de corona – diente deciduo	\$5
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	\$0
D7210	Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiera extracción de	\$30

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
	hueso y/o sección de diente e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica	
D7220	Extracción de diente impactado – tejido blando	\$45
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 inusuales	\$100
D7250	Extracción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	\$40
D7251	Coronectomía – extracción parcial intencional del diente	\$80
D7260	Cierre de fisura oroantral	\$260
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	\$265
D7270	Reimplante dentario y/o estabilización de un diente que accidentalmente sufrió una avulsión o se desplazó	\$50
D7280	Acceso quirúrgico a diente no erupcionado	\$85
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal posicionado para ayudar a una erupción	\$90
D7283	Colocación de aparato para facilitar la erupción de un diente impactado	\$90
D7285	Biopsia de tejido oral – duro (hueso, diente)	\$0
D7286	Biopsia de tejido oral – blando	\$0
D7287	Toma de muestra para citología exfoliativa	\$50
D7288	Biopsia con cepillo – toma de muestra transepitelial	\$50
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	\$35
D7310	Alveoloplastia conjuntamente con extracciones – cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$35
D7311	Alveoloplastia conjuntamente con extracciones – uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$10
D7320	Alveoloplastia no conjuntamente con extracciones – cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$40
D7321	Alveoloplastia no conjuntamente con extracciones – uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$20
D7340	Vestibuloplastia – extensión del reborde (epitelización secundaria)	\$360
D7350	Vestibuloplastia – extensión del reborde (incluidos injertos de tejido blando, reimplantación muscular, corrección de fijación de tejido blando y administración de tejido hiperplásico e hipertrofiado).	\$980
D7450	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno – diámetro de lesión de hasta 1.25 cm	\$120
D7451	Extirpación de quiste o tumor odontogénico benigno – diámetro de lesión mayor a 1.25 cm	\$325
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	\$80
D7472	Extracción de torus palatinus	\$60
D7473	Extracción de torus mandibularis	\$60
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	\$60
D7510	Incisión y drenaje de abscesos – tejido blando intraoral	\$30
D7511	Incisión y drenaje de abscesos – tejido blando intraoral – de complejidad (incluye el drenaje de espacios faciales múltiples)	\$30
D7520	Incisión y drenaje de abscesos – tejido blando extraoral	\$30

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D7521	Incisión y drenaje de abscesos – tejido blando extraoral – de complejidad (incluye el drenaje de espacios faciales múltiples)	\$30
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extracción de huesos no vitales.	\$115
D7560	Sinusotomía maxilar para extracción de fragmento dental o cuerpo extraño	\$495
D7910	Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	\$25
D7950	Injerto óseo, osteoperiosteal o de cartílago de la mandíbula o maxilar– autógenos o no autógenos, por informe	\$600
D7951	Aumento del seno con hueso o sustitutos del hueso	\$825
D7953	Injerto de reemplazo de hueso para preservación del reborde– por sitio	\$100
D7960	Frenulectomía – también conocida como frenectomía o frenotomía – procedimiento separado no secundario a otro procedimiento	\$40
D7963	Frenuloplastia	\$40
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico – por arco	\$55
D7971	Extirpación de encía pericoronaria	\$35
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$125
Ortodoncia		
	<ul style="list-style-type: none"> Los beneficios cubren veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia normal y acostumbrada y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. Los beneficios de ortodoncia integrales incluyen todas las etapas del tratamiento y los aparatos fijos/removibles. 	
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria	\$725
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición transitoria	\$725
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adolescentes	\$725
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adultos	\$725
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición transitoria	\$1,695
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de adolescentes	\$1,695
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de adultos	\$1,695
D8660	Visita para tratamiento de preortodoncia	\$0
D8670	Visita para tratamiento periódico de ortodoncia (como parte del contrato)	\$0
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor(es))	\$250
D8693	Volver a pegar o recementar y/o reparar, según sea necesario, retenedores fijos	\$0
	<ul style="list-style-type: none"> Existe un Copago de \$250 para planificación y registros del tratamiento de ortodoncia [radiografías anteriores/posteriores (cefalométrica, panorámica, etc.), fotos, modelos de estudio]. Existe un Copago de \$25 por visita para visitas de ortodoncia más allá de los veinticuatro (24) meses de tratamiento o retención activo. 	
Servicios Generales Complementarios		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para el dolor dental – procedimiento menor	\$0
D9120	Seccionamiento de prótesis dental parcial fija	\$0
D9210	Anestesia local no conjuntamente con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$0
D9211	Anestesia con bloqueo regional	\$0

PROGRAMA DE BENEFICIOS (continuación)

Código	Servicio	Copago de usted y sus dependientes
D9212	Anestesia con bloqueo de la división del nervio trigémino	\$0
D9215	Anestesia local conjuntamente con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$0
D9220	Sedación profunda/anestesia general – primeros 30 minutos	\$150
D9221	Sedación profunda/anestesia general – cada 15 minutos adicionales	\$45
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgésia, ansiolisis	\$15
D9241	Sedación/analgésia intravenosa consciente – primeros 30 minutos	\$150
D9242	Sedación/analgésia intravenosa consciente – cada 15 minutos adicionales	\$45
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$15
D9310	Consulta – servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista u otro médico distinto del dentista o médico que lo solicita	\$0
D9430	Visita en consultorio para observación (durante horarios programados regularmente) – sin la realización de otros servicios	\$0
D9440	Visita en consultorio – después del horario habitual programado	\$30
D9450	Presentación de caso, planificación detallada y exhaustiva del tratamiento	\$0
D9610	Drogas parenterales terapéuticas, única administración	\$15
D9612	Drogas parenterales terapéuticas, dos o más administraciones, distintos medicamentos	\$25
D9630	Otras drogas y/o medicamentos, por informe	\$15
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$15
D9930	Tratamiento de complicación (posquirúrgicas) – circunstancias inusuales, por informe	\$0
D9940	Protector bucal, por informe	\$85
D9942	Reparación y/o revestimiento de protector bucal	\$40
D9951	Ajuste oclusal – limitado	\$15
D9952	Ajuste oclusal – completo	\$50

Current Dental Terminology © American Dental Association (Terminología Dental Actual – Asociación Dental Estadounidense)

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES

Generales

1. Los Dentistas de Atención Especializada aceptarán los honorarios contratados para todos los servicios cubiertos.
2. Anestesia general o sedación intravenosa es un servicio cubierto sólo si se proporciona en un consultorio dental general seleccionado, administrado por el dentista general seleccionado o dentista de atención especializado, y si está en relación con los procedimientos cubiertos de cirugía oral y periodontal o cuando sea necesario por el Dentista General Seleccionado o Dentista de Atención Especializado.
3. Esterilización y control de infección no se facturan a usted o a su dependiente y están incluidas dentro de los cargos por otros servicios proporcionados en esa fecha de servicio.
 - a. La anestesia local está incluida en todos los honorarios de procedimientos quirúrgicos y de restauración.
 - b. Todos los adhesivos, revestimientos, bases y ajustes oclusales están incluidos como parte del procedimiento de restauración.

Diagnóstico

1. Radiografías panorámicas o bucales completas (incluyendo bitewings): una vez cada tres (3) años, a menos que sea dentalmente necesario para un problema dental específico.
2. Todos los costos para las radiografías periapicales y bitewings proporcionadas el mismo día que se brinda las radiografías bucales completas a usted o su dependiente están incluidos en los costos para las radiografías bucales completas.

Atención Preventiva

1. Las Limpiezas de Rutina (profilaxis oral), servicios de mantenimiento periodontal (posteriores a la terapia periodontal activa) y tratamientos con fluoruro se limitan a dos veces por año. Se encuentran disponibles dos (2) limpiezas adicionales (de rutina y periodontales) mediante el copago indicado en el PROGRAMA DE BENEFICIOS. La profilaxis adicional se encuentra disponible, si es dentalmente necesario.
2. Sellantes y/o restauraciones preventivas con resina: El beneficio del plan se aplica a los dientes molares primarios y permanentes, hasta 19 años, uno (1) por diente, por treinta y seis (36) meses, a menos que sea dentalmente necesario.
3. Los mantenedores de espacio no están cubiertos hasta la edad de 14 años por área, de por vida. El reemplazo de mantenedores de espacio perdido no es un servicio cubierto.

Tratamiento de Restauración

Coronas, implantes y puentes fijos

1. Se aplicará un cargo adicional, que no superará los \$150 por unidad, por los procedimientos en los que se utilice un metal noble, altamente noble o titanio.
2. En los casos que incluyan siete (7) unidades de coronas, implantes y/o puentes fijos o más dentro del mismo plan de tratamiento se requiere un copago adicional de \$125 por unidad, además del copago especificado por cada unidad de corona, implante o puente.
3. Existe un copago de \$75 por el uso de porcelana.
4. Las coronas de acero inoxidable prefabricadas o corona de resina prefabricada están limitadas a no más de un (1) reemplazo para la misma superficie dental dentro de cinco (5) años.
5. Los cargos por coronas/restauraciones temporales están incluidos dentro de los costos de la corona/restauración permanente.
6. Las coronas/restauraciones provisorias se pueden utilizar por un espacio de duración de seis (6) meses. Las coronas/restauraciones transicionales se pueden utilizar por un espacio de duración de al menos dos (2) meses. Estos procedimientos se pueden utilizar durante el tratamiento de restauración para permitir

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

el tiempo adecuado para la curación o finalización de otros procedimientos. No se pueden utilizar como restauraciones provisorias.

7. El reemplazo de cualquier restauración de molde con el mismo o diferente tipo de restauración de molde está limitado a no más de una vez cada cinco (5) años.
8. Los refuerzos de núcleo están limitados a no más de uno por diente en un periodo de cinco (5) años.
9. El perno y núcleos están limitados a no más de uno por diente en un periodo de cinco (5) años.
10. Los revestimientos labiales están limitados a no más de uno por diente en un periodo de cinco (5) años.

Odontología Protésica

1. Los revestimientos y rebases se limitan a uno (1) cada doce (12) meses.
2. Prótesis dentales (completas o parciales): El reemplazo podrá efectuarse únicamente transcurridos cinco (5) años luego de la provisión de las prótesis dentales anteriores bajo un Plan de SafeGuard, salvo que se deba a la pérdida de un diente natural el cual no puede ser agregado al parcial existente. Los reemplazos serán un beneficio bajo este Plan solamente si la prótesis dental existente no es satisfactoria y no puede corregirse según lo determinado por el Dentista General Seleccionado o Dentista de Atención Especializado que realiza el tratamiento.
3. Reemplazo de una prótesis dental inmediata completa con una prótesis dental permanente completa si la prótesis dental inmediata completa no puede ser permanente y dicho reemplazo se realiza dentro de los doce (12) meses de la colocación de la prótesis dental inmediata completa.
4. Ajustes de las prótesis dentales si han transcurrido al menos seis (6) meses desde la colocación de la prótesis dental removible existente.
5. La entrega de prótesis dentales removibles y fijos incluye hasta tres (3) ajustes dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que se prestó el servicio.
6. Acondicionamiento de tejido elegible uno (1) por aplicación cada veinticuatro (24) meses.
7. Las prótesis provisorias se pueden utilizar por un espacio de duración de seis (6) meses. Las prótesis transicionales se pueden utilizar por un espacio de duración de al menos (2) meses. Estos procedimientos se pueden utilizar durante el tratamiento de restauración para permitir el tiempo adecuado para la curación o finalización de otros procedimientos. No se pueden utilizar como restauraciones provisorias.

Servicios de implante

1. Los implantes están limitados a no más de una vez por la misma posición del diente en un periodo de cinco (5) años..
2. Las reparaciones de implantes, están limitadas a no más de una vez en un periodo de doce (12) meses.
3. Las prótesis sujetas con implantes están limitadas a no más de una vez por la misma posición del diente en un periodo de cinco años:
 - Cuando sean necesarias para reemplazar el diente faltante congénito; o
 - cuando sea necesario para reemplazar el diente natural.
4. Lo siguiente está limitado a no más de dos (2) por año: Implantes, prótesis sujetas con implantes y pilares de implantes.

Endodoncia

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

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

2. Los materiales utilizados para la irrigación del canal están incluidos en los honorarios de procedimiento de endodoncia.

Cirugía Oral

1. La extracción de terceros molares asintomáticos no es un Servicio Cubierto. La patología (enfermedad) debe existir para ser cubierta por el programa.
2. Incluye visitas/tratamientos posoperatorios de rutina.

Periodoncia

1. Irrigación (como clorhexidina), está incluida con otros servicios prestados ese día.
2. Los agentes quimioterapéuticos locales está limitados a no más de seis (6) dientes por arco. Los planes de tratamiento involucran más de seis (6) dientes por arco; se requiere la aprobación previa del plan.
3. El mantenimiento periodontal es elegible después de la terapia periodontal activa, que incluye limpieza y alisado radicular, cirugía, etc.
4. La limpieza periodontal y alisado radicular está limitada a no más de una vez por cuadrante en un periodo de veinticuatro (24) meses.
5. La cirugía periodontal, incluyendo gingivectomía, gingivoplastia y cirugía ósea está limitada a no más de un procedimiento quirúrgico por cuadrante en un periodo de treinta y seis (36) meses
6. El registro de servicios periodontales para planificar el tratamiento de la enfermedad periodontal está incluido como parte del diagnóstico general y tratamiento. No se aplicarán cargos adicionales a usted o su dependiente o a nosotros.

Ortodoncia

1. Si usted o su dependiente requieren los servicios de un ortodontista, se debe facilitar una derivación de parte de su dentista general seleccionado. Si no se obtiene una derivación antes de que el tratamiento de ortodoncia comience, usted será responsable de todos los costos asociados con cualquier tratamiento de ortodoncia.
2. Si usted o su dependiente cancela la cobertura del Plan de SafeGuard luego del inicio del tratamiento de ortodoncia, será responsable por todo cargo adicional incurrido por el tratamiento de ortodoncia restante.
3. Para aplicar, el tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un Dentista General Seleccionado o Dentista de Atención Especializada cuya especialidad sea la ortodoncia u odontopediatría para el Copagos enumerados en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.
4. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses de tratamiento de ortodoncia normal y acostumbrada y veinticuatro (24) meses adicionales de retención. Si el tratamiento supera dichos períodos de tiempo, estará sujeto a un cargo de \$25 por visita.
5. La etapa de retención del tratamiento incluye la construcción, colocación y ajuste de retenedores.
6. La continuación del tratamiento de ortodoncia está disponible si usted o su dependiente califica al inscribirse dentro de los 30 días de la fecha de entrada en vigencia para un titular de una póliza elegible; usted o su dependiente tiene cobertura de ortodoncia bajo el plan previo del titular de póliza y estuvo en un tratamiento de ortodoncia activo, cubierto por ese plan, al momento de la fecha de entrada en vigencia de este contrato de grupo. Una vez recibido el Formulario completado de Ortodoncia Continuada, con toda la documentación justificativa, aceptaremos responsabilidad para el pago continuado del saldo restante adeudado, hasta un máximo de \$1,500, veces el porcentaje del tratamiento total sobrante al momento de la fecha de entrada en vigencia de este contrato de grupo, sujeto a la sección titulada BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES y BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES. La disposición de Ortodoncia Continuada no está disponible:
 - treinta (30) días después de la fecha de entrada en vigencia de este contrato de grupo;

GCERT2010-DHMO-SOB

límite

BENEFICIOS DENTALES: LIMITACIONES Y CARGOS ADICIONALES (continuación)

- para una persona que se inscribe después de la fecha de entrada en vigencia de este contrato de grupo; o
- para una persona que no está en tratamiento de ortodoncia activo al momento de la fecha de entrada en vigencia de este contrato de grupo.

BENEFICIOS DENTALES: EXCLUSIONES

1. Cualquier procedimiento que no esté mencionado específicamente como un Servicio Cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS o procedimientos o servicios dentales realizados exclusivamente con fines cosméticos (a menos que se especifique como Servicio Cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS), no están cubiertos.
2. Los servicios cubiertos deben ser realizados por su Consultorio Dental General Seleccionado o un Dentista de Atención Especializada de SafeGuard a quien usted se le derive de acuerdo con los términos de su Comprobante de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS. Los servicios prestados por un dentista que no es contratado por SafeGuard no son servicios cubiertos, sin la aprobación previa de parte de SafeGuard o su Dentista General Seleccionado de acuerdo con los términos de su Comprobante de cobertura y PROGRAMA DE BENEFICIOS (a excepción de los servicios de emergencia fuera del área).
3. Los procedimientos dentales que comenzaron antes de su elegibilidad o la de sus dependientes bajo este PROGRAMA DE BENEFICIOS o que comenzaron después de que sus beneficios o los de su dependiente terminaran. Por ejemplo, los dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto en proceso (el diente se ha abierto en la pulpa (cámara del nervio)) o prótesis dentales completas o parciales para las cuales se haya obtenido una impresión.
4. Cualquier servicio o aparatos dentales que no son razonables y/o necesarios para mantener o mejorar su salud dental o la de su dependiente, como lo determina el Dentista General Seleccionado y nosotros basándonos en estándares de atención generalmente aceptados.
5. Cirugía ortognática.
6. Cualquier tipo de cargos del hospital incurridos por pacientes internados/ambulatorios, incluidos las recetas o medicamentos. La anestesia general o sedación intravenosa no está cubierta por ninguna razón si se brinda en un establecimiento u hospital de atención ambulatoria. Los cargos dentales serán cubiertos, si el procedimiento realizado está cubierto por el Plan.
7. Reemplazo de prótesis dentales, coronas, aparatos o puentes que hayan sido extraviados, robados o dañados
8. Tratamiento de tumores malignos, quistes o neoplasias, salvo que específicamente se indiquen como servicios cubiertos en el PROGRAMA DE BENEFICIOS. Todos los servicios relacionados con los honorarios de laboratorio por servicios de patología.
9. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo principal propósito sea modificar la dimensión vertical de la oclusión, corregir malformaciones congénitas, de desarrollo o inducidos médicamente, incluidos, entre otros, el tratamiento de trastornos miofuncionales, musculoesqueléticos o de la articulación temporomandibular, salvo que específicamente se indiquen como servicios cubiertos en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.
10. Servicios dentales proporcionados por o a cargo de una agencia o autoridad gubernamental federal o estatal, subdivisión política u otro programa público aparte de Medicaid o Medicare.
11. Servicios dentales requeridos durante el servicio en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
12. Servicios dentales considerados experimentales.
13. Tratamiento requerido debido a un accidente por una fuerza externa, salvo que esté mencionado como servicio cubierto en este PROGRAMA DE BENEFICIOS.
14. Los siguientes no se incluyen como beneficios de ortodoncia:
 - Reparación o reemplazo de aparatos extraviados o dañados;
 - Repetición de tratamiento en casos de ortodoncia;
 - Tratamiento que incluya:

- Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia o macroglosia;
- Desequilibrios hormonales u otros factores que afectan el crecimiento o anormalidades en el desarrollo;
- Tratamiento relacionado con los trastornos de la articulación temporomandibular;
- Aparatos de compuesto o cerámica, adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o cosméticas para aparatos de ortodoncia fijos y removibles estándar. No se incluyen servicios de ortodoncia invisible.

AYUDA CON EL IDIOMA

Como miembro de SafeGuard, tiene derecho a servicios gratuitos de ayuda con idiomas, que incluyen servicios de interpretación y traducción. SafeGuard recopila y conserva sus preferencias de idioma, raza y origen étnico para poder comunicarnos más eficazmente con nuestros miembros. Si necesita ayuda con un idioma o si desea informar a SafeGuard su idioma de preferencia, comuníquese con SafeGuard al (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 afiliados. 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**。

