



Ahora disponible para

Prosper I.S.D.:

Seguro dental con precios grupales económicos

Simplifique su atención dental y ahorre.

Las visitas al dentista son un poco menos aterradoras si sabe por adelantado cuánto pagará. También son más sencillas, ya que no hay formularios de reclamación ni deducibles.

Así es como funciona esta importante cobertura.

- Usted elige su dentista de atención primaria cuando se inscribe. Para buscar un dentista participante, visite <http://ldc.lfg.com> y seleccione Buscar un dentista. (También podrá imprimir su tarjeta de identificación dental desde este sitio una vez que comience su cobertura).
- Este plan dental ofrece una lista detallada de los procedimientos cubiertos, cada uno con un copago en dólares (consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles). Usted paga los servicios proporcionados durante su visita.
- La atención de emergencia lejos de su hogar está cubierta hasta un límite en dólares fijo.
- Puede cambiar su dentista de atención primaria en cualquier momento, para lo cual debe llamar al número de servicio de atención al cliente que se indica en su tarjeta de identificación dental.

Un resumen completo de los beneficios está incluido en las siguientes páginas.

Así de poco paga con los precios grupales.

Como un empleado de Prosper I.S.D., puede aprovechar este plan de seguro dental por menos de \$0.38 al día. Además, puede agregar a seres queridos al plan por solo un pequeño monto adicional.

Cobertura	Prima Mensual
Empleado solamente	\$11.52
Empleado y cónyuge	\$21.57
Empleado e hijo(a)/hijos(as)	\$24.31
Empleado y familia	\$33.73

El plan DHMO Lincoln DentalConnect® (policy series TX-EOC 08 2010) se encuentra financiado en Texas por National Pacific Dental, Inc., Houston, TX. National Pacific Dental no es una empresa de Lincoln Financial Group®. La cobertura está sujeta al lenguaje del contrato vigente. Cada empresa independiente es exclusivamente responsable de sus propias obligaciones.

No adeuda dinero al inscribirse. Su prima simplemente se deduce de su sueldo.

El plan DHMO Lincoln DentalConnect®:

- Cubre la mayoría de los servicios de atención preventiva y de diagnóstico sin cargo.
- También cubre una amplia variedad de servicios especializados y disminuye sus costos de bolsillo, ya que no hay deducibles ni máximos.
- Incluye precios grupales para empleados de Prosper I.S.D..
- Le permite elegir un dentista participante de una red regional.
- Le ahorra tiempo y complicaciones, ya que no hay períodos de espera ni formularios de reclamación.

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
-----	-------------	------------------------------

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO

D0120	EVALUACIÓN BUCAL PERIÓDICA, PACIENTE ESTABLECIDO	\$0
D0140	EVALUACIÓN BUCAL LIMITADA, CENTRADA EN PROBLEMA	\$0
D0145	EVALUACIÓN BUCAL DE PACIENTE <3 AÑOS Y ASESORAMIENTO	\$0
D0150	EVALUACIÓN BUCAL COMPLETA, PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO	\$0
D0160	EVALUACIÓN BUCAL DETALLADA Y EXHAUSTIVA, CENTRADA EN PROBLEMA, POR INFORME	\$0
D0170	REEVALUACIÓN LIMITADA, CENTRADA EN PROBLEMA	\$0
D0171	REEVALUACIÓN, VISITA AL CONSULTORIO POSOPERATORIA	\$5
D0180	EVALUACIÓN PERIODONTAL COMPLETA, PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO	\$0
D0190	EVALUACIÓN DE UN PACIENTE	\$5
D0191	EVALUACIÓN CLÍNICA DE UN PACIENTE	\$5
D0210	SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS INTRABUCALES	\$0
D0220	RADIOGRAFÍA INTRABUCAL PERIAPICAL, PRIMERA PLACA	\$0
D0230	RADIOGRAFÍA INTRABUCAL PERIAPICAL, CADA PLACA ADICIONAL	\$0
D0240	RADIOGRAFÍA INTRABUCAL OCLUSAL	\$0
D0250	RADIOGRAFÍA EXTRABUCAL, PROYECCIÓN BIDIMENSIONAL	\$0
D0251	RADIOGRAFÍA DENTAL EXTRABUCAL, POSTERIOR	\$0
D0270	RADIOGRAFÍA DE ALETA DE MORDIDA, UNA PLACA	\$0
D0272	RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA, DOS PLACAS	\$0
D0273	RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA, TRES PLACAS	\$0
D0274	RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA, CUATRO PLACAS	\$0
D0277	RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA VERTICALES, DE 7 A 8 PLACAS	\$0
D0330	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA	\$5
D0340	RADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA BIDIMENSIONAL, TOMA, MEDICIÓN Y ANÁLISIS	\$50
D0391	INTERPRETACIÓN DE IMAGEN DIAGNÓSTICA	\$5
D0414	PROCESAMIENTO DE LABORATORIO DE MUESTRA MICROBIANA, QUE INCLUYE ESTUDIOS DE CULTIVO Y SENSIBILIDAD, PREPARACIÓN Y TRANSMISIÓN DE INFORME ESCRITO	\$0
D0415	TOMA DE MUESTRAS DE MICROORGANISMOS, CULTIVO Y SENSIBILIDAD	\$0
D0416	CULTIVO VIRAL	\$10
D0417	TOMA Y PREPARACIÓN DE MUESTRA DE SALIVA	\$10
D0418	ANÁLISIS DE MUESTRA DE SALIVA	\$10
D0422	TOMA Y PREPARACIÓN DE MATERIAL DE MUESTRA GENÉTICA PARA ANÁLISIS E INFORME DE LABORATORIO	\$0
D0423	PRUEBA GENÉTICA PARA DETECTAR PROPENSIÓN A ENFERMEDADES, ANÁLISIS DE MUESTRA	\$0
D0425	PRUEBAS PARA DETECTAR PROPENSIÓN A CARIES	\$0
D0431	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS AL DIAGNÓSTICO, SIN INCLUIR PROCEDIMIENTO DE CITOLOGÍA/BIOPSIA	\$20
D0460	PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR	\$0
D0470	MOLDES PARA DIAGNÓSTICO	\$12
D0472	TOMA DE TEJIDO, EXAMEN MACROSCÓPICO, PREPARACIÓN E INFORME	\$0
D0473	TOMA DE TEJIDO, MICRO/MACROSCÓPICO, PREPARACIÓN/INFORME	\$0
D0474	TOMA DE TEJIDO, MICRO Y MACROSCÓPICO, BORDES QUIRÚRGICOS, PREPARACIÓN/INFORME	\$0
D0601	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES, BAJO	\$0
D0602	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES, MODERADO	\$0
D0603	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES, ALTO	\$0
D0999	TARIFA POR VISITA AL CONSULTORIO, POR VISITA	\$5

SERVICIOS PREVENTIVOS

D1110 ¹	PROFILAXIS, ADULTO	\$0
D1110 ¹	PROFILAXIS, ADULTO, 1 PROFILAXIS ADICIONAL DENTRO DE LOS 6 MESES	\$25
D1120 ¹	PROFILAXIS, NIÑO	\$0
D1120 ¹	PROFILAXIS, NIÑO, 1 PROFILAXIS ADICIONAL DENTRO DE LOS 6 MESES	\$25
D1206	BARNIZ TÓPICO DE FLUORURO	\$0
D1208	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO, EXCLUYE BARNIZ	\$0
D1310	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	\$0
D1320	ASESORAMIENTO SOBRE TABAQUISMO PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	\$0

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
D1330	INSTRUCCIONES SOBRE HIGIENE BUCAL	\$0
D1351	SELLADOR, POR DIENTE	\$8
D1352	RESTAURACIÓN PREVENTIVA CON RESINA EN PACIENTE CON RIESGO DE CARIES MODERADO O ALTO, DIENTE PERMANENTE	\$10
D1353	REPARACIÓN DE SELLADOR, POR DIENTE	\$5
D1510	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO, UNILATERAL	\$32
D1515	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO, BILATERAL	\$32
D1520	MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE, UNILATERAL	\$50
D1525	MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE, BILATERAL	\$50
D1550	FIJACIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO	\$12
D1555	EXTRACCIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO	\$12
D1575	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO, UNILATERAL, EN ZAPATA DISTAL	\$25
SERVICIOS PARA LA RESTAURACIÓN		
D2140	AMALGAMA, UNA SUPERFICIE, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$10
D2150	AMALGAMA, DOS SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$14
D2160	AMALGAMA, 3 SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$18
D2161	AMALGAMA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	\$25
D2330	COMPUESTO DE RESINA, UNA SUPERFICIE, DIENTE ANTERIOR	\$14
D2331	COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES, DIENTE ANTERIOR	\$18
D2332	COMPUESTO DE RESINA, 3 SUPERFICIES, DIENTE ANTERIOR	\$25
D2335	COMPUESTO DE RESINA, 4 O MÁS SUPERFICIES, CON ÁNGULO INCISAL	\$35
D2390	CORONA, COMPUESTO DE RESINA, DIENTE ANTERIOR	\$75
D2391	COMPUESTO DE RESINA, 1 SUPERFICIE, DIENTE POSTERIOR	\$40
D2392	COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$50
D2393	COMPUESTO DE RESINA, 3 SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$70
D2394	COMPUESTO DE RESINA, 4 O MÁS SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$90
D2510	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO INLAY, UNA SUPERFICIE	\$185
D2520	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO INLAY, DOS SUPERFICIES	\$185
D2530	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO INLAY, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$185
D2542	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO ONLAY, DOS SUPERFICIES	\$225
D2543	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO ONLAY, TRES SUPERFICIES	\$225
D2544	INCRUSTACIÓN METÁLICA TIPO ONLAY, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	\$225
D2610	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 1 SUPERFICIE	\$280
D2620	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$280
D2630	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$280
D2642	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$280
D2643	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 3 SUPERFICIES	\$280
D2644	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, PORCELANA O CERÁMICA, 4 O MÁS SUPERFICIES	\$280
D2650	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, COMPUESTO DE RESINA, 1 SUPERFICIE	\$280
D2651	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES	\$280
D2652	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY, COMPUESTO DE RESINA, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$280
D2662	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, COMPUESTO DE RESINA, 2 SUPERFICIES	\$280
D2663	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, COMPUESTO DE RESINA, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$280
D2664	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY, COMPUESTO DE RESINA, 4 O MÁS SUPERFICIES	\$280
D2710	CORONA, COMPUESTO DE RESINA, INDIRECTO	\$150
D2712	CORONA, 3/4 DE COMPUESTO DE RESINA, INDIRECTO	\$150
D2720*	CORONA, RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$225
D2721	CORONA, RESINA CON METAL PRINCIPALMENTE COMÚN	\$225
D2722*	CORONA, RESINA CON METAL NOBLE	\$225
D2740	CORONA, SUSTRATO DE PORCELANA O CERÁMICA	\$325
D2750*	CORONA, PORCELANA FUNDIDA A METAL MUY NOBLE	\$280
D2751	CORONA, PORCELANA FUNDIDA A METAL PRINCIPALMENTE COMÚN	\$280
D2752*	CORONA, PORCELANA FUNDIDA A METAL NOBLE	\$280
D2780*	CORONA, 3/4 DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$280
D2781	CORONA, 3/4 DE METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO	\$280
D2782*	CORONA, 3/4 DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$280
D2783	CORONA, 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	\$280
D2790*	CORONA, TOTALMENTE DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$280
D2791	CORONA, TOTALMENTE DE METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO	\$280

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
D2792*	CORONA, TOTALMENTE DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$280
D2794*	CORONA, TITANIO	\$280
D2910	FIJACIÓN DE INCRUSTACIONES TIPO INLAY U ONLAY, CARILLA O RESTAURACIÓN DE COBERTURA PARCIAL	\$10
D2915	FIJACIÓN DE PERNO Y MUÑÓN FABRICADOS INDIRECTAMENTE O PREFABRICADOS	\$10
D2920	FIJACIÓN DE CORONA	\$10
D2921	FIJACIÓN DE FRAGMENTO DE DIENTE	\$65
D2929	CORONA DE PORCELANA PREFABRICADA, DIENTE PRIMARIO	\$80
D2930	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA, DIENTE PRIMARIO	\$50
D2931	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA, DIENTE PERMANENTE	\$60
D2932	CORONA PREFABRICADA DE RESINA	\$40
D2933	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA, VENTANA DE RESINA	\$60
D2934	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA CON REVESTIMIENTO ESTÉTICO, DIENTE PRIMARIO	\$60
D2940	EMPASTE DENTAL SEDANTE	\$8
D2941	RESTAURACIÓN TERAPÉUTICA PROVISORIA, DENTICIÓN PRIMARIA	\$5
D2950	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑÓN, INCLUYE ESPIGAS	\$80
D2951	RETENCIÓN DE ESPIGA, POR DIENTE, ADEMÁS DE RESTAURACIÓN	\$10
D2952	PERNO Y MUÑÓN, ADEMÁS DE CORONA, FABRICACIÓN INDIRECTA	\$80
D2953	CADA PERNO ADICIONAL FABRICACIÓN INDIRECTA, MISMO DIENTE	\$80
D2954	PERNO Y MUÑÓN PREFABRICADOS, ADEMÁS DE CORONA	\$45
D2955	EXTRACCIÓN DE PERNO	\$10
D2957	CADA PERNO ADICIONAL PREFABRICADO, MISMO DIENTE	\$30
D2960	CARILLA LABIAL (LAMINADO), EN EL CONSULTORIO	\$270
D2961	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE RESINA), EN EL LABORATORIO	\$465
D2962	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE PORCELANA), EN EL LABORATORIO	\$560
D2971	PROCEDIMIENTO ADICIONAL, CORONA NUEVA, DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	\$50
D2975	COFIA	\$80
D2980	REPARACIÓN DE CORONA	\$45
D2990	INFILTRACIÓN DE RESINA EN LESIONES SUPERFICIALES LISAS E INCIPIENTES	\$5
SERVICIOS DE ENDODONCIA		
D3110	RECUBRIMIENTO PULPAR, DIRECTO	\$0
D3120	RECUBRIMIENTO PULPAR, INDIRECTO	\$0
D3220	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA, CORONAL EN UNIÓN DENTINOCEMENTAL	\$0
D3221	DESBRIDAMIENTO PULPAR, DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES	\$20
D3222	PULPOTOMÍA PARCIAL	\$60
D3230	TRATAMIENTO PULPAR, DIENTE PRIMARIO ANTERIOR	\$60
D3240	TRATAMIENTO PULPAR, DIENTE PRIMARIO POSTERIOR	\$60
D3310	CONDUCTO RADICULAR, DIENTE ANTERIOR	\$115
D3320	CONDUCTO RADICULAR, PREMOLAR	\$180
D3330	CONDUCTO RADICULAR, MOLAR	\$285
D3331	TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTO RADICULAR; ACCESO NO QUIRÚRGICO	\$85
D3332	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA INCOMPLETO; DIENTE INOPERABLE NO RESTAURABLE/FRACTURADO	\$85
D3333	REPARACIÓN RADICULAR INTERNA DE DEFECTOS DE PERFORACIÓN	\$85
D3346	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO, DIENTE ANTERIOR	\$135
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO, PREMOLAR	\$200
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO, MOLAR	\$315
D3351	APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN, CONSULTA INICIAL	\$80
D3352	APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN, CONSULTA INTERMEDIA	\$55
D3353	APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN, CONSULTA FINAL	\$60
D3355	REGENERACIÓN PULPAR, VISITA INICIAL	\$65
D3356	REGENERACIÓN PULPAR, REEMPLAZO DE MEDICAMENTO PROVISORIO	\$65
D3357	REGENERACIÓN PULPAR, FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO	\$65
D3410	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA, DIENTE ANTERIOR	\$125
D3421	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA, PREMOLAR	\$145
D3425	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA, MOLAR	\$150
D3426	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA	\$85
D3427	CIRUGÍA PERIRRADICULAR SIN APICECTOMÍA	\$250
D3430	EMPASTE DENTAL RETRÓGRADO, POR RAÍZ	\$55
D3450	AMPUTACIÓN DE RAÍZ, POR RAÍZ	\$80

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
D3460	IMPLANTE ENDOÓSEO DE ENDODONCIA	\$970
D3910	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, AISLAR DIENTE CON DIQUE DE CAUCHO	\$25
D3920	HEMISECCIÓN, NO INCLUYE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR	\$75
D3950	PREPARACIÓN DE CONDUCTO RADICULAR E INSERCIÓN DE CLAVIJA/PERNO PREFORMADO	\$15
SERVICIOS DE PERIODONCIA		
D4210	GINGIVECTOMÍA/GINGIVOPLASTIA, 4 O MÁS DIENTES CONTIGUOS POR CUADRANTE	\$140
D4211	GINGIVECTOMÍA/GINGIVOPLASTIA, DE 1 A 3 DIENTES CONTIGUOS POR CUADRANTE	\$70
D4212	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA CON PROCEDIMIENTO DE RESTAURACIÓN, POR DIENTE	\$15
D4240	COLGAJO GINGIVAL, 4 O MÁS DIENTES CONTIGUOS/ESPACIOS DENTALES DELIMITADOS POR CUADRANTE	\$180
D4241	COLGAJO GINGIVAL, DE 1 A 3 DIENTES CONTIGUOS/ESPACIOS DENTALES DELIMITADOS POR CUADRANTE	\$90
D4245	COLGAJO POSICIONADO APICALMENTE	\$180
D4249	ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA, TEJIDO DURO	\$195
D4260	CIRUGÍA ÓSEA, 4 O MÁS DIENTES CONTIGUOS POR CUADRANTE	\$350
D4261	CIRUGÍA ÓSEA, DE 1 A 3 DIENTES CONTIGUOS POR CUADRANTE	\$225
D4263	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, PRIMER SITIO EN EL CUADRANTE	\$215
D4264	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, CADA SITIO ADICIONAL EN EL CUADRANTE	\$115
D4270	PROCEDIMIENTO DE INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO BLANDO	\$215
D4274	PROCEDIMIENTO DE CUÑA DISTAL O MESIAL, UN SOLO DIENTE (CUANDO NO SE REALIZA JUNTO CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA MISMA ZONA ANATÓMICA)	\$90
D4277	PROCEDIMIENTO DE INJERTO LIBRE DE TEJIDO BLANDO, PRIMER DIENTE	\$235
D4278	PROCEDIMIENTO DE INJERTO LIBRE DE TEJIDO BLANDO, DIENTE ADICIONAL	\$275
D4320	FERULIZACIÓN PROVISORIA, INTRACORONAL	\$75
D4321	FERULIZACIÓN PROVISORIA, EXTRACORONAL	\$75
D4341	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, 4 O MÁS DIENTES POR CUADRANTE	\$50
D4342	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, DE 1 A 3 DIENTES POR CUADRANTE	\$50
D4346	ALISADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE, BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE EVALUACIÓN BUCAL	\$30
D4355	DESBRIDAMIENTO DE BOCA COMPLETA, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO COMPLETOS	\$50
D4381	ADMINISTRACIÓN LOCALIZADA DE AGENTES ANTIMICROBIANOS A TRAVÉS DE UN EXCIPIENTE DE LIBERACIÓN CONTROLADA EN EL TEJIDO CREVICULAR ENFERMO, POR DIENTE	\$35
D4910	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	\$30
D4920	CAMBIO DE APÓSITO NO PROGRAMADO	\$0
D4921	IRRIGACIÓN GINGIVAL, POR CUADRANTE	\$0
SERVICIOS DE PROSTODONCIA, PRÓTESIS REMOVIBLES		
D5110	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	\$365
D5120	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	\$365
D5130	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MAXILAR	\$385
D5140	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MANDIBULAR	\$385
D5211	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE DE RESINA	\$335
D5212	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE DE RESINA	\$335
D5213	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, METAL FUNDIDO CON RESINA	\$405
D5214	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, METAL FUNDIDO CON RESINA	\$405
D5221	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, CON BASE DE RESINA (INCLUYE GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	\$145
D5222	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, CON BASE DE RESINA (INCLUYE GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	\$155
D5223	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA DE RESINA (INCLUYE GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	\$145
D5224	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA DE RESINA (INCLUYE GANCHOS, APOYOS Y DIENTES CONVENCIONALES)	\$155
D5225	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE FLEXIBLE	\$475
D5226	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE FLEXIBLE	\$475
D5281	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL REMOVIBLE, METAL FUNDIDO DE 1 PIEZA	\$315

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
D5410	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	\$10
D5411	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	\$10
D5421	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MAXILAR	\$10
D5422	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MANDIBULAR	\$10
D5510	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA QUEBRADA	\$40
D5520	REEMPLAZO DE DIENTES FALTANTES/QUEBRADOS, DENTADURA POSTIZA COMPLETA	\$40
D5610	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA	\$40
D5620	REPARACIÓN DE ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO	\$40
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE GANCHO QUEBRADO, POR DIENTE	\$40
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES QUEBRADOS, POR DIENTE	\$40
D5650	AGREGADO DE DIENTE A DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	\$35
D5660	AGREGADO DE GANCHO A DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE, POR DIENTE	\$50
D5670	REEMPLAZO DE TODOS LOS DIENTES Y ACRÍLICO EN ESTRUCTURA MAXILAR	\$165
D5671	REEMPLAZO DE TODOS LOS DIENTES Y ACRÍLICO EN ESTRUCTURA MANDIBULAR	\$165
D5710	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA	\$125
D5711	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA	\$125
D5720	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	\$125
D5721	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	\$125
D5730	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA, EN EL CONSULTORIO	\$75
D5731	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA, EN EL CONSULTORIO	\$75
D5740	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, EN EL CONSULTORIO	\$75
D5741	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, EN EL CONSULTORIO	\$75
D5750	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA, EN EL LABORATORIO	\$105
D5751	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA, EN EL LABORATORIO	\$105
D5760	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, EN EL LABORATORIO	\$105
D5761	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, EN EL LABORATORIO	\$105
D5820	DENTADURA POSTIZA PARCIAL PROVISIONAL, MAXILAR	\$125
D5821	DENTADURA POSTIZA PARCIAL PROVISIONAL, MANDIBULAR	\$125
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO MAXILAR	\$30
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO MANDIBULAR	\$30
D5863	SOBREDENTADURA COMPLETA MAXILAR	\$425
D5864	SOBREDENTADURA PARCIAL MAXILAR	\$450
D5865	SOBREDENTADURA COMPLETA MANDIBULAR	\$425
D5866	SOBREDENTADURA PARCIAL MANDIBULAR	\$450
SERVICIOS PARA IMPLANTES		
D6010	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DEL CUERPO DEL IMPLANTE: IMPLANTE ENDÓSTICO	\$1,035
D6013	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE UN MINIIMPLANTE	\$1,185
D6052	SOPORTE ADITAMENTO DE SEMIPRECISIÓN	\$525
D6055	BARRA CONECTORA SOBRE IMPLANTE DENTAL	\$390
D6056	SOPORTE PREFABRICADO, INCLUYE COLOCACIÓN Y MODIFICACIÓN	\$290
D6057	SOPORTE FABRICADO A MEDIDA, INCLUYE COLOCACIÓN	\$395
D6058	CORONA DE PORCELANA/CERÁMICA SOBRE SOPORTE	\$710
D6059	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (MUY NOBLE) SOBRE SOPORTE	\$710
D6060	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (PRINCIPALMENTE COMÚN) SOBRE SOPORTE	\$575
D6061	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (NOBLE) SOBRE SOPORTE	\$635
D6062	CORONA DE METAL FUNDIDO (MUY NOBLE) SOBRE SOPORTE	\$675
D6063	CORONA DE METAL FUNDIDO (PRINCIPALMENTE COMÚN) SOBRE SOPORTE	\$595
D6064	CORONA DE METAL FUNDIDO (NOBLE) SOBRE SOPORTE	\$620
D6065	CORONA DE PORCELANA/CERÁMICA SOBRE IMPLANTE	\$740
D6066	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL SOBRE IMPLANTE	\$720
D6067	CORONA DE METAL SOBRE IMPLANTE	\$730
D6068	RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, DE PORCELANA O CERÁMICA	\$680
D6069	RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (MUY NOBLE)	\$705
D6070	RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (PRINCIPALMENTE COMÚN)	\$630
D6071	RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL (NOBLE)	\$680

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
D6072	RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (MUY NOBLE)	\$690
D6073	RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (PRINCIPALMENTE COMÚN)	\$630
D6074	RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (NOBLE)	\$670
D6075	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, CERÁMICA	\$740
D6076	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUNDIDA A METAL	\$705
D6077	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, DE METAL FUNDIDO	\$665
D6080	PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE IMPLANTE CUANDO SE RETIRAN Y REINSERTAN PRÓTESIS, INCLUYE LA LIMPIEZA DE PRÓTESIS Y SOPORTES	\$80
D6081	ALISADO Y DESBRIDAMIENTO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN O MUCOSITIS DE UN SOLO IMPLANTE, INCLUIDA LA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES DEL IMPLANTE, SIN APERTURA NI CIERRE DE COLGAJO	\$190
D6085	CORONA PROVISIONAL PARA IMPLANTE	\$55
D6090	REPARACIÓN, PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES, POR INFORME	\$130
D6091	REEMPLAZO DE UN ADITAMENTO DE PRECISIÓN O SEMIPRECISIÓN (COMPONENTE MACHO O HEMBRA) DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTE O SOPORTE	\$200
D6092	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE CORONA SOBRE IMPLANTE O SOPORTE	\$60
D6093	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA SOBRE IMPLANTE O SOPORTE	\$80
D6094	CORONA SOBRE SOPORTE, TITANIO	\$560
D6095	REPARACIÓN DE SOPORTE DE IMPLANTE, POR INFORME	\$150
D6100	EXTRACCIÓN DE IMPLANTE, POR INFORME	\$250
D6101	DESBRIDAMIENTO DE UN DEFECTO PERIMPLANTE O DEFECTOS QUE RODEAN UN SOLO IMPLANTE	\$255
D6102	DESBRIDAMIENTO DE UN DEFECTO ÓSEO O DEFECTOS QUE RODEAN UN SOLO IMPLANTE	\$315
D6103	INJERTO ÓSEO PARA REPARACIÓN DE DEFECTO PERIMPLANTE	\$265
D6110	DENTADURA POSTIZA REMOVIBLE SOBRE IMPLANTE O SOPORTE PARA ARCO DESDENTADO, MAXILAR	\$925
D6111	DENTADURA POSTIZA REMOVIBLE SOBRE IMPLANTE O SOPORTE PARA ARCO DESDENTADO, MANDIBULAR	\$925
D6112	DENTADURA POSTIZA REMOVIBLE SOBRE IMPLANTE O SOPORTE PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO, MAXILAR	\$925
D6113	DENTADURA POSTIZA REMOVIBLE SOBRE IMPLANTE/SOPORTE PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO, MANDIBULAR	\$925
D6190	ÍNDICE RADIOGRÁFICO/QUIRÚRGICO PARA IMPLANTE, POR INFORME	\$145
D6194	CORONA, RETENEDOR SOBRE SOPORTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, TITANIO	\$575
SERVICIOS DE PROSTODONCIA, PRÓTESIS FIJAS		
D6205	PÓNTICO, COMPUESTO CON BASE DE RESINA INDIRECTO	\$250
D6210*	PÓNTICO, METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$280
D6211	PÓNTICO, METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO	\$280
D6212*	PÓNTICO, METAL NOBLE FUNDIDO	\$280
D6214*	PÓNTICO, TITANIO	\$280
D6240*	PÓNTICO, PORCELANA FUNDIDA A METAL MUY NOBLE	\$280
D6241	PÓNTICO, PORCELANA FUNDIDA A METAL PRINCIPALMENTE COMÚN	\$280
D6242*	PÓNTICO, PORCELANA FUNDIDA A METAL NOBLE	\$280
D6245	PÓNTICO, PORCELANA O CERÁMICA	\$325
D6250*	PÓNTICO, RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$225
D6251	PÓNTICO, RESINA CON METAL PRINCIPALMENTE COMÚN	\$225
D6252*	PÓNTICO, RESINA CON METAL NOBLE	\$225
D6253	PÓNTICO PROVISORIO, TRATAMIENTO ADICIONAL O FINALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO NECESARIO ANTES DE LA IMPRESIÓN FINAL	\$175
D6545	RETENEDOR, DE METAL FUNDIDO PARA PRÓTESIS FIJA DE RESINA	\$250
D6548	RETENEDOR DE PORCELANA O CERÁMICA PARA PRÓTESIS FIJA DE RESINA CEMENTADA	\$300
D6549	RETENEDOR DE RESINA, PARA PRÓTESIS FIJA DE RESINA CEMENTADA	\$85
D6600	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$300
D6601	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, PORCELANA O CERÁMICA, 3 SUPERFICIES O MÁS	\$300
D6602	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$185
D6603	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 3 SUPERFICIES O MÁS	\$185

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
D6604	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$185
D6605	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 3 SUPERFICIES O MÁS	\$185
D6606	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, METAL NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$185
D6607	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, METAL NOBLE FUNDIDO, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$185
D6608	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, PORCELANA O CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$310
D6609	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, PORCELANA O CERÁMICA, 3 SUPERFICIES O MÁS	\$310
D6610	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$185
D6611	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 3 SUPERFICIES O MÁS	\$185
D6612	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$185
D6613	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO, 3 SUPERFICIES O MÁS	\$185
D6614	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, METAL NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$185
D6615	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, METAL NOBLE FUNDIDO, 3 O MÁS SUPERFICIES	\$185
D6624	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, TITANIO	\$280
D6634	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR, TITANIO	\$280
D6710	CORONA RETENEDORA, COMPUESTO A BASE DE RESINA INDIRECTO	\$185
D6720*	CORONA RETENEDORA, RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$225
D6721	CORONA RETENEDORA, RESINA CON METAL PRINCIPALMENTE COMÚN	\$225
D6722*	CORONA RETENEDORA, RESINA CON METAL NOBLE	\$225
D6740	CORONA RETENEDORA, PORCELANA/CERÁMICA	\$325
D6750*	CORONA RETENEDORA, PORCELANA FUNDIDA A METAL MUY NOBLE	\$280
D6751	CORONA RETENEDORA, DE PORCELANA FUNDIDA A METAL PRINCIPALMENTE COMÚN	\$280
D6752*	CORONA RETENEDORA, PORCELANA FUNDIDA A METAL NOBLE	\$280
D6780*	CORONA RETENEDORA, 3/4 DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$280
D6781	CORONA RETENEDORA, 3/4 DE METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO	\$280
D6782*	CORONA RETENEDORA, 3/4 DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$280
D6783	CORONA RETENEDORA, 3/4 DE PORCELANA/CERÁMICA	\$280
D6790*	CORONA RETENEDORA, TOTALMENTE DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$280
D6791	CORONA RETENEDORA, TOTALMENTE DE METAL PRINCIPALMENTE COMÚN FUNDIDO	\$280
D6792*	CORONA RETENEDORA, TOTALMENTE DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$280
D6794*	CORONA RETENEDORA, TITANIO	\$280
D6920	BARRA CONECTORA	\$85
D6930	FIJACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	\$10
D6940	ROMPEFUERZAS	\$135
D6980	REPARACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, POR INFORME	\$140
SERVICIOS PARA CIRUGÍA BUCAL		
D7111	EXTRACCIÓN DE RESTOS DE CORONA, DIENTE TEMPORAL	\$5
D7140	EXTRACCIÓN, DIENTE BROTADO/RAÍZ EXPUESTA	\$10
D7210	EXTRACCIÓN DE DIENTE BROTADO QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DE HUESO / O SEGMENTACIÓN DEL DIENTE E INCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, SI SE INDICA	\$40
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, TEJIDO BLANDO	\$65
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, PARCIALMENTE EN EL HUESO	\$105
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO	\$120
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO CON COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	\$140
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO DE CORTE)	\$55
D7251	CORONOIDECTOMÍA, EXTRACCIÓN PARCIAL E INTENCIONAL DE DIENTE	\$150
D7261	CIERRE PRIMARIO DE PERFORACIÓN DE SENOS PARANASALES	\$225
D7270	REIMPLANTE DE DIENTE Y ESTABILIZACIÓN DE DIENTE DESPLAZADO ACCIDENTALMENTE	\$95
D7280	EXPOSICIÓN DE DIENTE NO BROTADO	\$120
D7282	MOVILIZACIÓN DE DIENTE BROTADO O MAL POSICIONADO PARA FACILITAR QUE BROTE	\$120
D7285	BIOPSIA POR INCISIÓN DE TEJIDO BUCAL DURO	\$115
D7286	BIOPSIA POR INCISIÓN DE TEJIDO BUCAL BLANDO	\$50
D7287	OBTENCIÓN DE MUESTRA PARA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA	\$20
D7288	BIOPSIA POR CEPILLADO	\$20
D7290	REUBICACIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTES	\$75
D7310	ALVEOLOPLASTIA CON EXTRACCIONES, 4 O MÁS DIENTES/ESPACIOS	\$50

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA ²
D7311	ALVEOLOPLASTIA CON EXTRACCIONES, DE 1 A 3 DIENTES	\$45
D7320	ALVEOLOPLASTIA SIN EXTRACCIONES, 4 O MÁS DIENTES/ESPACIOS	\$70
D7321	ALVEOLOPLASTIA SIN EXTRACCIONES, DE 1 A 3 DIENTES	\$70
D7340	VESTIBULOPLASTIA, EXTENSIÓN DE REBORDE (EPITELIZACIÓN SECUNDARIA)	\$215
D7350	VESTIBULOPLASTIA, EXTENSIÓN DE REBORDE (INCLUYE INJERTOS DE TEJIDO BLANDO, RECONEXIÓN MUSCULAR, CORRECCIÓN DE UNIÓN DE TEJIDO BLANDO)	\$670
D7450	EXTRACCIÓN DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO BENIGNO, DIÁMETRO DE LESIÓN DE HASTA 1.25 CM	\$70
D7451	EXTRACCIÓN DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO BENIGNO, DIÁMETRO DE LESIÓN DE MÁS DE 1.25 CM	\$110
D7460	EXTRACCIÓN DE QUISTE O TUMOR NO ODONTOGÉNICO BENIGNO, DIÁMETRO DE LESIÓN DE HASTA 1.25 CM	\$100
D7461	EXTRACCIÓN DE QUISTE O TUMOR NO ODONTOGÉNICO BENIGNO, DIÁMETRO DE LESIÓN DE MÁS DE 1.25 CM	\$125
D7471	EXTRACCIÓN DE EXOSTOSIS LATERAL	\$115
D7472	EXTRACCIÓN DE TORUS PALATINUS	\$115
D7473	EXTRACCIÓN DE TORUS MANDIBULARIS	\$115
D7485	REDUCCIÓN DE TUBEROSIDAD ÓSEA	\$115
D7510	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO, TEJIDO BLANDO INTRABUCAL	\$50
D7511	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO, TEJIDO BLANDO INTRABUCAL, COMPLICADO	\$75
D7520	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO TEJIDO BLANDO EXTRABUCAL	\$70
D7521	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO, COMPLICADO, EXTRABUCAL	\$190
D7530	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO	\$40
D7881	AJUSTE DE DISPOSITIVO DE ORTESIS OCLUSAL	\$10
D7910	SUTURA DE HERIDAS RECIENTES PEQUEÑAS DE HASTA 5 CM	\$25
D7960	FRENUECTOMÍA, PROCEDIMIENTO APARTE	\$110
D7963	FRENULOPLASTIA	\$65
D7970	ESCISIÓN DE TEJIDO HIPERPLÁSICO, POR ARCO	\$60
D7971	ESCISIÓN DE ENCÍA PERICORONAL	\$40
D7972	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE TUBEROSIDAD FIBROSA	\$100
SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS		
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO DEL DOLOR DENTAL, PROCEDIMIENTO MENOR	\$10
D9211	ANESTESIA DE BLOQUEO REGIONAL	\$0
D9212	ANESTESIA DE BLOQUEO DE UNA DIVISIÓN TRIGEMINAL	\$0
D9215	ANESTESIA LOCAL	\$0
D9219	EVALUACIÓN PARA SEDACIÓN PROFUNDA O ANESTESIA GENERAL	\$0
D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL, CADA INCREMENTO DE 15 MINUTOS	\$75
D9230	ANALGESIA, ANSIÓLISIS, INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO	\$30
D9243	ANALGESIA O SEDACIÓN INTRAVENOSA MODERADA (CONSCIENTE), CADA INCREMENTO DE 15 MINUTOS	\$70
D9248	SEDACIÓN NO INTRAVENOSA (CONSCIENTE), INCLUYE SEDACIÓN MÍNIMA Y MODERADA	\$50
D9310	CONSULTA, DIAGNÓSTICO POR DENTISTA/MÉDICO DISTINTO A DENTISTA/MÉDICO SOLICITANTE	\$10
D9430	VISITA AL CONSULTORIO PARA OBSERVACIÓN SIN OTROS SERVICIOS	\$0
D9440	VISITA AL CONSULTORIO, DESPUÉS DE HORARIO ATENCIÓN NORMAL	\$50
D9450	PRESENTACIÓN DEL CASO, PLANIFICACIÓN DETALLADA Y EXHAUSTIVA DEL TRATAMIENTO	\$0
D9930	TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES, POSQUIRÚRGICO	\$0
D9940	PROTECTOR OCLUSAL, POR INFORME	\$105
D9943	AJUSTE DE PROTECTOR OCLUSAL	\$10
D9951	AJUSTE OCLUSAL LIMITADO	\$40
D9952	AJUSTE OCLUSAL COMPLETO	\$160
D9971	ODONTOPLASTIA	\$20
D9972	BLANQUEO EXTERNO, POR ARCO, REALIZADO EN EL CONSULTORIO	\$125
D9975	BLANQUEO EXTERNO PARA APLICACIÓN DOMICILIARIA, POR ARCO	\$125
D9999	CITA INCUMPLIDA	\$15
SERVICIOS DE ORTODONCIA		
D8070	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DE TRANSICIÓN	\$1,895
D8080	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DE ADOLESCENTE	\$1,895
D8090	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DEL ADULTO	\$1,895

ADA	DESCRIPCIÓN	EL MIEMBRO PAGA²
D8660	EXAMEN PARA TRATAMIENTO PREVIO A ORTODONCIA PARA SUPERVISAR CRECIMIENTO Y DESARROLLO	\$250
D8680	APARATOS ORTODÓNCICOS DE RETENCIÓN (EXTRACCIÓN DE APARATOS, FABRICACIÓN Y COLOCACIÓN DE RETENEDORES)	\$300
D8999	TARIFA DE SERVICIOS INICIALES (INCLUYE EXAMEN, REGISTROS INICIALES, RADIOGRAFÍAS, TRAZADO, FOTOGRAFÍAS Y MOLDES)	\$250
D8999	REGISTROS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	\$150

¹ La profilaxis adicional dentro de los 6 meses se basará en la necesidad recomendada por el proveedor.

² Los copagos indicados también son aplicables en el consultorio del especialista.

* El plan cubre el uso de metales nobles para incrustaciones tipo inlay y onlay, coronas y puentes fijos. Cuando se usa metal muy noble, la persona cubierta debe pagar: (a) el cargo usual del paciente por la incrustación tipo inlay u onlay, la corona o el puente fijo; y (b) un cargo adicional equivalente al costo real de laboratorio del metal muy noble, sin exceder los \$150.

Lincoln DentalConnect® exclusiones y limitaciones dentales

LIMITACIONES DE BENEFICIOS

Las siguientes son las limitaciones de los beneficios, a menos que el beneficio figure específicamente como cubierto en la Lista de Beneficios de este plan:

1.	PROFILAXIS DENTAL	Se limita a 1 vez cada 6 meses.
2.	TRATAMIENTOS CON FLUORURO	Se limitan a una vez por año calendario.
3.	CORONAS	Se limitan a 1 vez por diente cada 5 años. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental.
4.	PERNOS Y MUÑONES	Con cobertura solamente para los dientes en los que se hizo un tratamiento de conducto radicular.
5.	RASPADO Y ALISADO RADICULAR	Se limita a 4 cuadrantes por año calendario.
6.	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	Se limita a una vez cada 6 meses, luego de un tratamiento activo, sin incluir un desbridamiento total.
7.	RADIOGRAFÍAS INTRABUCALES, SERIE COMPLETA (INCLUYE ALETAS DE MORDIDA)	Se limitan a 1 vez por período de 2 años.
8.	RADIOGRAFÍAS INTRABUCALES DE ALETA DE MORDIDA	Se limitan a 1 serie de 4 placas cada período de 6 meses.
9.	PRÓTESIS REMOVIBLES O PRÓTESIS FIJAS, CORONAS, INCRUSTACIONES TIPO INLAY Y ONLAY (SERVICIOS RESTAURATIVOS MAYORES)	Reemplazo de dentaduras postizas completas y dentaduras postizas parciales fijas o removibles o coronas si el daño o rotura estuvo directamente relacionado con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido al incumplimiento del paciente, el costo del reemplazo es responsabilidad del paciente.
10.	RETENEDORES O SOPORTES DE CORONAS	Se limitan a 1 vez por diente cada 5 años.
11.	RESTAURACIONES DE CORONAS TEMPORALES	Se limitan a 1 vez por diente cada 5 años. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental.
12.	RETENEDORES O SOPORTES, INCRUSTACIONES TIPO INLAY U ONLAY	Se limitan a 1 vez por diente cada 5 años.
13.	RESTAURACIONES EN INCRUSTACIONES TIPO INLAY U ONLAY	Se limitan a 1 vez por diente cada 5 años. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental.
14.	CORONAS DE ACERO INOXIDABLE	Se limitan a 1 vez por diente cada 5 años. Con cobertura solamente cuando no se pueda restaurar el diente con empaste dental. Corona de acero inoxidable prefabricada con revestimiento estético, diente primario, se limita a dientes primarios anteriores.
15.	CORONAS Y PUENTES FIJOS	El beneficio máximo en un período de 12 meses es cualquier combinación de 7 coronas o púnticos (dientes artificiales que son parte de un puente fijo). Si se realizan más de 7 coronas o púnticos para un miembro en un período de 12 meses, la tarifa del dentista por cualquier corona adicional dentro de ese período no se limitaría al copago indicado, sino que puede reflejar los cargos facturados del dentista.
16.	AJUSTES A DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS, DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES, PUENTES O CORONAS	Se limitan a reparaciones o ajustes realizados más de 6 meses después de la inserción inicial.
17.	SEDACIÓN INTRAVENOSA O ANESTESIA GENERAL	La administración de sedación por vía intravenosa o anestesia general se limita a procedimientos quirúrgicos bucales cubiertos que impliquen 1 o más dientes impactados (impacciones de tejido blando, parcialmente en el hueso o completamente en el hueso).
18.	EXAMEN COMPLEMENTARIO PREVIO AL DIAGNÓSTICO	Examen que ayuda a la detección de anomalías en la mucosa, como lesiones malignas y premalignas, y excluye los procedimientos de citología o biopsia. Se limita a 1 vez por año, a personas cubiertas mayores de 30 años.

LIMITACIONES DE BENEFICIOS

Las siguientes son las limitaciones de los beneficios, a menos que el beneficio figure específicamente como cubierto en la Lista de Beneficios de este plan:

19. TODOS LOS SERVICIOS DE REFERENCIAS A ESPECIALISTAS DEBEN SER	<p>(A) Preautorizados por nosotros; y</p> <p>(B) Coordinados por el dentista de cuidado primario de una persona cubierta con la excepción de referencias especiales para niños hasta a los 8 años para ver a un dentista pediátrico. Los niños de 8 años de edad y mayores todavía requieren una referencia del dentista de cuidado primario. Los niños menores de 8 años que necesitan servicios de un especialista más allá de un dentista pediátrico deben obtener una referencia de especialidad. Toda persona cubierta que elija cuidado especializado sin una referencia previa de su dentista de cuidado primario y sin nuestra aprobación será responsable de todos los cargos incurridos.</p> <p>Para que los servicios de especialistas estén cubiertos por este plan, se debe cumplir el siguiente proceso para obtener una referencia:</p> <ul style="list-style-type: none">• El dentista de cuidado primario de una persona cubierta debe coordinar todos los servicios dentales.• Cuando se requiera el cuidado de un dentista especialista de la red, el dentista de cuidado primario de la persona cubierta debe comunicarse con nosotros y solicitar autorización.• Si se deniega la solicitud de referencia a un especialista presentada por el dentista de cuidado primario, este y la persona cubierta recibirán una notificación con el motivo de la denegación. Si el servicio en cuestión es un servicio cubierto y no se aplican limitaciones ni exclusiones, se podrá solicitar al dentista de cuidado primario que preste el servicio.• La persona cubierta que recibe servicios especializados autorizados debe pagar todos los copagos correspondientes relacionados con los servicios prestados. Cuando autorizamos cuidado dental especializado, una persona cubierta será referida a un dentista especialista de la red para recibir tratamiento. La red incluye dentistas de la red que se especializan en: (a) endodoncia; (b) cirugía bucal; (c) odontología pediátrica; (d) ortodoncia; y (e) periodoncia, ubicados en el área de servicio de la persona cubierta. Si no hay ningún dentista especialista de la red en el área de servicio de la persona cubierta, referiremos a la persona cubierta a un especialista no participante de nuestra elección. A excepción de los servicios dentales de emergencia, en ningún caso cubriremos el cuidado dental que reciba una persona cubierta de parte de un especialista que no haya sido preautorizado por nosotros para prestar dichos servicios.• La responsabilidad financiera de la persona cubierta se limita a los copagos correspondientes. Los copagos se detallan en la Lista de Servicios Dentales Cubiertos de la persona cubierta.
20. PRÓTESIS REMOVIBLES O PRÓTESIS FIJAS, CORONAS, INCRUSTACIONES TIPO INLAY Y ONLAY (SERVICIOS RESTAURATIVOS MENORES)	El reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o removibles, coronas, incrustaciones tipo inlay u onlay cuyo pago conforme al plan se haya solicitado previamente se limita a 1 vez cada 5 años a partir de la colocación inicial o complementaria.

EXCLUSIONES DE BENEFICIOS

Los siguientes procedimientos y servicios están excluidos y no son servicios cubiertos, a menos que el beneficio figure específicamente como cubierto en la Lista de Beneficios de este plan:

1. Servicios dentales que no son necesarios.
2. Cualquier servicio prestado con fines estéticos no incluido como servicio estético cubierto en la Lista de Servicios Dentales Cubiertos.
3. Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
4. Cualquier procedimiento de implante realizado que no está incluido como procedimiento de implante cubierto en la Lista de Servicios Dentales Cubiertos.
5. Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
6. Tratamiento de neoplasias, quistes u otras patologías benignas, salvo la escisión. Tratamiento de neoplasias malignas o anomalías congénitas del tejido blando o duro, incluida la escisión.
7. Los procedimientos de restauración de prótesis fijas o removibles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
8. Procedimientos relacionados con la reconstrucción de la dimensión vertical de oclusión (DVO) correcta del paciente.
9. Colocación de dentaduras postizas parciales fijas exclusivamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal.
10. Servicios dentales recibidos como resultado de una guerra o de cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
11. Cualquier servicio o procedimiento dental no incluido en la Lista de Servicios Dentales Cubiertos.
12. Medicamentos que se obtienen con o sin receta, a menos que se surtan y usen en el consultorio dental durante la visita del paciente.
13. Cualquier procedimiento dental no realizado en un centro dental participante. Se hace una excepción en el caso del cuidado dental de emergencia, según lo definido en el documento Evidencia de Cobertura.
14. Los costos de servicios no dentales relacionados con la prestación de servicios dentales en hospitales, centros de cuidado prolongado o en el domicilio del miembro no están cubiertos. Cuando el dentista de cuidado primario y el médico del miembro los consideren necesarios y el plan los autorice, los servicios dentales cubiertos que se presten en un centro hospitalario como paciente hospitalizado o ambulatorio están cubiertos según lo indicado en la Lista de Beneficios.

EXCLUSIONES DE BENEFICIOS

Los siguientes procedimientos y servicios están excluidos y no son servicios cubiertos, a menos que el beneficio figure específicamente como cubierto en la Lista de Beneficios de este plan:

15.	Toda solicitud de una persona cubierta de: (a) servicios o tratamiento de parte de especialistas que puedan ser prestados de rutina por el dentista de cuidado primario; o (b) el tratamiento de parte de un especialista sin referencia del dentista de cuidado primario y sin nuestra aprobación.
16.	Cualquier procedimiento de endodoncia, periodoncia, corona o soporte de puente o aparato solicitado, recomendado o realizado para dientes con un pronóstico con reparos, cuestionable o malo.
17.	Servicios dentales que estén cubiertos por el contrato, pero que se presten después de la fecha en que termina la cobertura individual del contrato, incluidos los servicios dentales para condiciones dentales que surjan antes de dicha fecha.
18.	Prótesis removibles o prótesis fijas, coronas, incrustaciones tipo inlay y onlay (servicios restaurativos mayores). El plan cubre el uso de metales nobles para las incrustaciones tipo inlay y onlay, coronas y puentes fijos. Cuando se usa metal es muy noble, la persona cubierta debe pagar: (a) el copago por la incrustación tipo inlay, onlay, corona o puente fijo; y (b) un cargo agregado igual al costo de laboratorio real del metal muy noble.
19.	Reemplazo de una prótesis o un aparato perdido, faltante o robado, o la fabricación de una prótesis o un aparato de reserva.
20.	Servicios por lesiones o condiciones cubiertas por el seguro de accidentes laborales o las leyes de responsabilidad del empleador y servicios que sean prestados, sin costo para la persona cubierta, por un municipio, condado u otra subdivisión política.
21.	Servicios relacionados con el síndrome de la articulación temporomandibular, ya sea bilateral o unilateral. Cirugía del maxilar superior e inferior (incluida la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). No se proporciona cobertura para cirugía ortognática, alineación de la mandíbula ni tratamiento.
22.	Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.

Exclusiones y limitaciones de ortodoncia

Si usted requiere los servicios de un ortodontista, primero debe obtener una referencia. Si no se obtiene una referencia antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia, el miembro será responsable de todos los costos asociados con el tratamiento de ortodoncia.

Si cancela la cobertura después de iniciar el tratamiento de ortodoncia, será responsable de todos los cargos adicionales incurridos por el tratamiento de ortodoncia restante.

1. Los siguientes no son beneficios de ortodoncia cubiertos:

- Extracciones requeridas con fines de ortodoncia
- Ortodoncia quirúrgica o reubicación de mandíbula
- Terapia miofuncional
- Paladar hendido
- Micrognatia
- Macroglosia
- Desequilibrios hormonales
- Repetición del tratamiento de ortodoncia cuando se realizó un tratamiento inicial a través de este plan o por cambios en el tratamiento necesarios debido a un accidente de cualquier tipo
- Aparatos para expandir el paladar
- Reparación o reemplazo de aparatos perdidos, robados o rotos, o aparatos dañados debido al descuido de la persona cubierta

2. Si el plan de tratamiento dura menos de 24 meses, se aplicará una parte prorrateada del copago total.

3. Si la persona cubierta deja de cumplir los requisitos para el tratamiento de ortodoncia por cualquier motivo, y la persona cubierta está recibiendo tratamiento conforme al plan, el costo restante de dicho tratamiento se prorrateará a las tarifas usuales del ortodontista sobre el número de meses de tratamiento restante. La persona cubierta será responsable del pago de este saldo según los términos y condiciones preacordados con el ortodontista.

4. Si la persona cubierta solicita al ortodontista que le realice una "evaluación de diagnóstico" (una consulta y diagnóstico) y luego decide no seguir el programa de tratamiento, deberá pagar \$50 por la consulta, más cualquier costo de laboratorio en que haya incurrido el ortodontista.

5. En este plan, hay un beneficio de ortodoncia disponible una vez en la vida por persona cubierta. Una persona cubierta puede tener acceso a este beneficio para recibir tratamiento de ortodoncia interceptiva o tratamiento de ortodoncia completo, o ambos. Si necesita tratamiento interceptivo y completo, y ambos se realizan dentro del período de 24 meses, se aplicarán los copagos detallados. Si los dos son necesarios y el tratamiento activo de ambos se extiende después de los 24 meses, el proveedor está obligado a aceptar el copago del plan solamente por los primeros 24 meses de tratamiento activo. El proveedor puede cobrar las tarifas usuales y habituales por el tratamiento activo que se extienda después del período de beneficios de 24 meses.