



## PROGRAMA DE BENEFICIOS

Beneficios provistos por SafeGuard Health Plans, Inc., una compañía MetLife

### Plan Dental de Auto-derivación

NA245D

Este programa de beneficios contiene una lista de los servicios que tiene disponibles bajo su plan SafeGuard, así como también los copagos para cada procedimiento. Hay otros factores que afectan cómo funciona su plan y éstos están incluidos en Exclusiones y Limitaciones; por favor léalos antes de su primera cita dental. Es muy importante que hable con su proveedor acerca de todos los procedimientos recomendados antes del tratamiento. SafeGuard es una filial de MetLife.

**Los siguientes copagos son aplicables solamente cuando su dentista general SafeGuard seleccionado preste sus servicios.** Si decide recibir servicios de un dentista contratado por SafeGuard, cuyos servicios están limitados a cuidados de especialidad (periodoncia, cirugía oral, endodoncia, pedodoncia, ortodoncia), su copago será el 75% de los honorarios normales del dentista por esos servicios. Una lista de estos dentistas contratados puede encontrarla en el directorio en línea de SafeGuard en la página [www.metlife.com/dental](http://www.metlife.com/dental).

Además, los servicios que no estén en la lista, se encuentran disponibles de su dentista general seleccionado de SafeGuard o del dentista de cuidados especiales a un 75% de su tarifa normal y acostumbrada.

**Si no puede acudir a su cita:** Si necesita cancelar o volver a programar una cita, debe notificar a la oficina dental con la mayor anticipación posible. Esto permitirá que la oficina dental pueda atender a otra persona que lo necesite.

Código	Servicio	Co-pago
<b>Tratamiento de diagnóstico</b>		
D0120	Evaluación oral periódica	\$0
D0140	Evaluación oral limitada – enfocada en un problema	\$0
D0145	Evaluación oral para un paciente de menos de tres años de edad y asesoría con prestador de cuidados primarios	\$0
D0150	Evaluación oral completa – paciente nuevo o establecido	\$0
D0160	Evaluación oral detallada y extensa – enfocada en un problema, por informe	\$0
D0170	Re-evaluación – limitada, enfocada en un problema (paciente establecido; visita no posoperatoria)	\$0
D0180	Evaluación periodontal completa – paciente nuevo o establecido	\$0
	• Visita a oficina - por visita (incluyendo todos los honorarios por esterilización y/o control de infección)	\$5
<b>Radiografías/Imagenología de diagnóstico</b>		
D0210	Intraoral – serie completa (incluyendo aletas de mordida)	\$0
D0220	Intraoral – periapical, primera placa	\$0
D0230	Intraoral – periapical, cada placa adicional	\$0
D0240	Intraoral – placa oclusal	\$0
D0250	Extraoral – primera placa	\$0
D0260	Extraoral – cada placa adicional	\$0
D0270	Aleta de mordida – placa única	\$0
D0272	Aleta de mordida – dos placas	\$0
D0273	Aleta de mordida – tres placas	\$0
D0274	Aleta de mordida – cuatro placas	\$0
D0277	Aletas de mordida verticales – 7 a 8 placas	\$0
D0330	Radiografía panorámica	\$0
D0350	Imágenes fotográficas bucofaciales	\$0
<b>Pruebas y Exámenes</b>		
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	\$0

<b>Código Servicio</b>	<b>Co-pago</b>
D0425 Pruebas de susceptibilidad a las caries	\$0
D0431 Examen complementario de pre-diagnóstico para ayudar en la detección de anomalías mucosas incluyendo lesiones pre-malignas y malignas, sin incluir un procedimiento de citología o biopsia	\$50
D0460 Examen de vitalidad pulpar	\$0
D0470 Moldes de diagnóstico	\$0
D0472 Toma de tejido, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0473 Toma de tejido, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0474 Toma de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluyendo evaluación de los márgenes quirúrgicos para la presencia de enfermedad, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0486 Toma en laboratorio de biopsia con cepillo, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
<b>Servicios Preventivos</b>	
D1110 Profilaxis - adulto	\$0
• Adicional – profilaxis de adulto, con o sin flúor (máximo de 2 adicionales por año)	\$35
D1120 Profilaxis - niño	\$0
• Adicional – profilaxis de niño, con o sin flúor (máximo de 2 adicionales por año)	\$25
D1203 Aplicación local de flúor (no se incluye profilaxis) - niño	\$0
D1204 Aplicación local de flúor (no se incluye profilaxis) - adulto	\$0
D1206 Barniz de flúor local; aplicación terapéutica para pacientes con riesgo moderado a alto de caries	\$0
D1310 Orientación nutricional para el control de enfermedad dental	\$0
D1320 Orientación sobre el tabaco para el control y prevención de enfermedad oral	\$0
D1330 Instrucciones de higiene oral	\$0
D1351 Sellador – por diente	\$0
D1510 Mantenedor de espacio – fijo - unilateral	\$25
D1515 Mantenedor de espacio – fijo - bilateral	\$25
D1520 Mantenedor de espacio – removible - unilateral	\$35
D1525 Mantenedor de espacio – removible - bilateral	\$35
D1550 Re-cementación de mantenedor de espacio	\$15
D1555 Retiro de mantenedor de espacio fijo	\$15
<b>Tratamiento de Restauración</b>	
D2140 Amalgama – una superficie, primario o permanente	\$0
D2150 Amalgama – dos superficies, primario o permanente	\$0
D2160 Amalgama – tres superficies, primario o permanente	\$0
D2161 Amalgama – cuatro o más superficies, primario o permanente	\$0
D2330 Resina compuesta – una superficie, anterior	\$0
D2331 Resina compuesta – dos superficies, anteriores	\$0
D2332 Resina compuesta – tres superficies, anteriores	\$0
D2335 Resina compuesta – cuatro o más superficies o que involucra el ángulo incisal (anterior)	\$0
D2390 Corona de resina compuesta, anterior	\$30
D2391 Resina compuesta– una superficie, posterior	\$30
D2392 Resina compuesta – dos superficies, posteriores	\$45
D2393 Resina compuesta – tres superficies, posteriores	\$65
D2394 Resina compuesta – cuatro o más superficies, posteriores	\$65

**Código Servicio****Co-pago****Coronas**

• Se aplicará un costo adicional, que no excederá \$150 por unidad, a cualquier procedimiento que use metales nobles, altamente nobles o titanio. Existe un copago de \$75 por unidad de corona/puente de porcelana en los molares, además de los copagos normales.

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

D2510 Incrustación inlay – metálica - una superficie	\$225
D2520 Incrustación inlay – metálica - dos superficies	\$235
D2530 Incrustación inlay – metálica - tres o más superficies	\$245
D2542 Incrustación onlay – metálica - dos superficies	\$245
D2543 Incrustación onlay – metálica - tres superficies	\$260
D2544 Incrustación onlay – metálica - cuatro o más superficies	\$270
D2610 Incrustación inlay - porcelana/cerámica - una superficie	\$245
D2620 Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies	\$245
D2630 Incrustación inlay – porcelana/cerámica - tres o más superficies	\$245
D2642 Incrustación onlay - porcelana/cerámica - dos superficies	\$245
D2643 Incrustación onlay - porcelana/cerámica - tres superficies	\$245
D2644 Incrustación onlay – porcelana/cerámica - cuatro o más superficies	\$245
D2650 Incrustación inlay – resina compuesta – una superficie	\$245
D2651 Incrustación inlay – resina compuesta – dos superficies	\$245
D2652 Incrustación inlay – resina compuesta – tres o más superficies	\$245
D2662 Incrustación onlay – resina compuesta – dos superficies	\$245
D2663 Incrustación onlay – resina compuesta – tres superficies	\$245
D2664 Incrustación onlay – resina compuesta – cuatro o más superficies	\$245
D2710 Corona – resina compuesta (indirecta)	\$245
D2712 Corona – ¾ resina compuesta (indirecta)	\$245
D2720 Corona – resina con metal muy noble	\$245
D2721 Corona – resina con metal predominantemente básico	\$245
D2722 Corona – resina con metal noble	\$245
D2740 Corona – substrato porcelana/cerámica	\$245
D2750 Corona – porcelana fundida con metal altamente noble	\$245
D2751 Corona – porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$245
D2752 Corona – porcelana fundida con metal noble	\$245
D2780 Corona – ¾ metal colado muy noble	\$245
D2781 Corona – ¾ metal colado predominantemente básico	\$245
D2782 Corona – ¾ metal colado noble	\$245
D2783 Corona – ¾ porcelana/cerámica	\$245
D2790 Corona – completamente colada de metal muy noble	\$245
D2791 Corona- completamente colada de metal predominantemente básico	\$245
D2792 Corona- completamente colada de metal noble	\$245
D2794 Corona - titanio	\$245
D2799 Corona provisional	\$0
D2910 Recementado de incrustación inlay, onlay o restauración de cobertura parcial	\$0
D2915 Recementado de muñón y poste colado o prefabricado	\$0
D2920 Recementado de corona	\$0
D2930 Corona prefabricada de acero inoxidable– diente primario	\$25
D2931 Corona prefabricada de acero inoxidable– diente permanente	\$25
D2932 Corona prefabricada de resina	\$45
D2933 Corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina	\$45
D2940 Empaste sedante	\$0
D2950 Reconstrucción de muñón, incluyendo cualquier pin	\$70
D2951 Retención de pin - por diente- además de la restauración	\$10
D2952 Pilar y muñón colado, además de la corona	\$50
D2953 Cada poste colado adicional – mismo diente	\$50
D2954 Pilar y muñón prefabricado, además de la corona	\$30
D2955 Retiro de poste (no en combinación con terapia de endodoncia)	\$10
D2957 Cada poste prefabricado adicional – mismo diente	\$30
D2960 Carilla labial (laminado de resina) - consultorio	\$250
D2961 Carilla labial (laminado de resina) - laboratorio	\$300

<b>Código Servicio</b>	<b>Co-pago</b>
D2962 Carilla labial (laminado de porcelana) - laboratorio	\$350
D2970 Corona temporal (diente fracturado)	\$0
D2971 Procedimientos adicionales para construir una nueva corona debajo de una armazón de dentadura parcial existente	\$50
D2980 Reparación de corona, por informe	\$0

### **Endodoncia**

*Todos los procedimientos excluyen la restauración final*

D3110 Recubrimiento pulpar – directo (excluyendo la restauración final)	\$5
D3120 Recubrimiento pulpar – indirecto (excluyendo la restauración final)	\$5
D3220 Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final) – extracción de la pulpa coronaria en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamento	\$30
D3221 Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$55
D3230 Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible), diente anterior primario (excluyendo la restauración final)	\$40
D3240 Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible), diente posterior primario (excluyendo la restauración final)	\$40
D3310 Anterior (excluyendo la restauración final)	\$100
D3320 Bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$152
D3330 Molar (excluyendo la restauración final)	\$210
D3331 Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$85
D3332 Tratamiento endodóntico incompleto; diente fracturado, inoperable y que no se puede restaurar	\$96
D3333 Reparación interna de la raíz por defectos de perforaciones	\$85
D3346 Retratamiento de terapia de conducto radicular previa - anterior	\$180
D3347 Retratamiento de terapia de conducto radicular previa - bicúspide	\$280
D3348 Retratamiento de terapia de conducto radicular previa - molar	\$325
D3351 Apexificación/recalcificación – visita inicial (cierre del ápice/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	\$70
D3352 Apexificación/recalcificación – visita interina (cierre del ápice/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	\$70
D3353 Apexificación/recalcificación – visita final (incluye tratamiento completo del conducto radicular - cierre del ápice/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción de la raíz, etc.)	\$70
D3410 Apicectomía/cirugía perirradicular - anterior	\$95
D3421 Apicectomía /cirugía perirradicular - bicúspide (primera raíz)	\$95
D3425 Apicectomía /cirugía perirradicular - molar (primera raíz)	\$95
D3426 Apicectomía /cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	\$60
D3430 Obturación retrógrada – por raíz	\$60
D3450 Amputación de raíz – por raíz	\$95
D3910 Procedimiento quirúrgico para el aislamiento del diente con dique de goma	\$19
D3920 Hemisección (incluyendo extracción radicular), pero excluyendo el tratamiento de conducto radicular	\$90
D3950 Preparación del conducto y ajuste de espigo o poste prefabricado	\$15

### **Periodoncia**

D4210 Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante	\$110
D4211 Gingivectomía o gingivoplastia – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante	\$83
D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado de raíz - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante	\$150
D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado de raíz – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante	\$113
D4245 Colgajo de reposición apical	\$165
D4249 Alargamiento de corona clínica – tejido duro	\$150
D4260 Cirugía ósea (incluyendo la entrada y cierre del colgajo) – cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante	\$300
D4261 Cirugía ósea (incluyendo la entrada y cierre del colgajo) – uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes unidos por cuadrante	\$225
D4263 Injerto de reemplazo óseo – primer sitio del cuadrante	\$180
D4264 Injerto de reemplazo óseo – cada sitio adicional del cuadrante	\$95

<b>Código Servicio</b>	<b>Co-pago</b>
D4265 Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo y blando	\$95
D4266 Regeneración tisular guiada – barrera reabsorbible, por sitio	\$215
D4267 Regeneración tisular guiada – barrera no reabsorbible, por sitio (incluye extracción de membranas)	\$255
D4270 Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	\$245
D4271 Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluyendo cirugía del sitio donante)	\$245
D4273 Procedimiento de injerto de tejido conectivo subepitelial, por diente	\$75
D4274 Procedimiento de acuñamiento distal o proximal (cuando no se realiza con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	\$100
D4275 Aloinjerto de tejido blando	\$380
D4320 Ferulización provisional - intracoronal	\$95
D4321 Ferulización provisional - extracoronal	\$85
D4341 Raspado periodontal y alisado de raíces – cuatro o más dientes por cuadrante	\$50
D4342 Raspado periodontal y alisado de raíces – uno a tres dientes por cuadrante	\$38
D4355 Desbridamiento de la boca completa para permitir una evaluación acabada y el diagnóstico	\$50
D4381 Suministro local de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada al tejido crevicular enfermo, por diente, por informe	\$65
D4910 Mantenimiento periodontal	\$40
• Procedimientos de mantenimiento periodontal adicionales (más de 2 en 12 meses)	\$55
• Mapeo periodontal para planificar el tratamiento de una enfermedad periodontal	\$0
• Instrucciones de higiene periodontal	\$0
<b>Prótesis Removibles</b>	
<i>Incluye hasta 3 ajustes dentro de 6 meses de la entrega.</i>	
D5110 Dentadura completa - maxilar	\$325
D5120 Dentadura completa - mandibular	\$325
D5130 Dentadura inmediata - maxilar	\$350
D5140 Dentadura inmediata - mandibular	\$350
D5211 Dentadura parcial maxilar – base de resina (incluyendo cualquier gancho, soporte convencional y dientes)	\$400
D5212 Dentadura parcial mandibular – base de resina (incluyendo cualquier gancho, soporte convencional y dientes)	\$400
D5213 Dentadura parcial maxilar – armazón de metal colado con dentadura (incluyendo cualquier gancho y soporte convencional y dientes)	\$425
D5214 Dentadura parcial mandibular – armazón de metal colado con dentadura a base de resina (incluyendo cualquier gancho y soporte convencional y dientes)	\$425
D5225 Dentadura parcial maxilar – base flexible (incluyendo cualquier gancho, soporte y dientes)	\$425
D5226 Dentadura parcial mandibular – base flexible (incluyendo cualquier gancho, soporte y dientes)	\$425
D5281 Dentadura parcial unilateral removible – metal colado de una pieza (incluyendo ganchos y dientes)	\$300
D5410 Ajuste de dentadura completa - maxilar	\$10
D5411 Ajuste de dentadura completa - mandibular	\$10
D5421 Ajuste de dentadura parcial - maxilar	\$10
D5422 Ajuste de dentadura parcial - mandibular	\$10
D5510 Reparación de base de dentadura completa quebrada	\$35
D5520 Reemplazo de dientes faltantes o quebrados – dentadura completa (cada diente)	\$35
D5610 Reparación de base de dentadura resinosa	\$35
D5620 Reparación de armazón colado	\$35
D5630 Reparación o reemplazo de gancho roto	\$35
D5640 Reparación de dientes quebrados – por diente	\$35
D5650 Añadir diente a dentadura parcial existente	\$35
D5660 Adición de gancho a dentadura parcial existente	\$35
D5670 Sustituir todos los dientes y acrílico en una armazón metálica colado (maxilar)	\$165
D5671 Sustituir todos los dientes y acrílico en armazón metálica colado (mandibular)	\$165
D5710 Rebase dentadura maxilar completa	\$75
D5711 Rebase dentadura mandibular completa	\$75
D5720 Rebase dentadura maxilar parcial	\$75
D5721 Rebase dentadura parcial mandibular	\$75
D5730 Reforrado de dentadura maxilar completa (en consultorio)	\$65
<b>SGM-SOB-SGC1035</b>	<b>Servicio al Cliente (800) 880-1800</b>
	<b>10/09</b>

<b>Código Servicio</b>	<b>Co-pago</b>
D5731 Reforrado de dentadura mandibular completa (en consultorio)	\$65
D5740 Reforrado de dentadura maxilar parcial (en consultorio)	\$65
D5741 Reforrado de dentadura mandibular parcial (en consultorio)	\$65
D5750 Reforrado de dentadura maxilar completa (laboratorio)	\$85
D5751 Reforrado de dentadura mandibular completa (laboratorio)	\$85
D5760 Reforrado de dentadura maxilar parcial (laboratorio)	\$85
D5761 Reforrado de dentadura mandibular parcial (laboratorio)	\$85
D5810 Dentadura completa provisoria (maxilar)	\$230
D5811 Dentadura completa provisoria (mandibular)	\$230
D5820 Dentadura parcial provisoria (maxilar)	\$160
D5821 Dentadura parcial provisoria (mandibular)	\$170
D5850 Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$20
D5851 Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$20
D5862 Aditamentos de precisión, por informe	\$160

### **Coronas/Puentes fijos – Por unidad**

- Se aplicará un costo adicional, que no excederá \$150 por unidad, a cualquier procedimiento que use metales nobles, altamente nobles o titanio. Existe un copago de \$75 por unidad de corona/puente, además de los copagos normales, por porcelana en los molares.
- Los casos que necesiten siete (7) o más unidades de coronas/puentes fijos en el mismo plan de tratamiento requieren de un copago de \$125 por unidad, además del copago por cada unidad de puente/corona.

D6210 Puente – metal muy noble colado	\$245
D6211 Puente – metal principalmente básico colado	\$245
D6212 Puente – de metal noble colado	\$245
D6214 Puente - titanio	\$245
D6240 Puente – porcelana fundida con metal muy noble	\$245
D6241 Puente – porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$245
D6242 Puente – porcelana fundida con metal noble	\$245
D6245 Puente – porcelana/cerámica	\$265
D6250 Puente– resina con metal muy noble	\$245
D6251 Puente – resina con metal principalmente básico	\$245
D6252 Puente – resina con metal noble	\$245
D6253 Puente provisional	\$0
D6545 Retenedor – metal colado para prótesis fijas adheridas con resina	\$150
D6600 Incrustación inlay - porcelana/cerámica, dos superficies	\$245
D6601 Incrustación inlay – porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$245
D6602 Incrustación inlay, metal muy noble colado, dos superficies	\$245
D6603 Incrustación inlay, metal muy noble colado, tres o más superficies	\$245
D6604 Incrustación inlay, metal colado predominantemente básico, dos superficies	\$245
D6605 Incrustación inlay, metal colado predominantemente básico, tres o más superficies	\$245
D6606 Incrustación inlay, metal noble colado, dos superficies	\$245
D6607 Incrustación inlay, metal noble colado, tres o más superficies	\$245
D6608 Incrustación onlay - porcelana/cerámica, dos superficies	\$245
D6609 Incrustación onlay – porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$245
D6610 Incrustación onlay, metal muy noble colado, dos superficies	\$245
D6611 Incrustación onlay, metal muy noble colado, tres o más superficies	\$245
D6612 Incrustación onlay, metal colado predominantemente básico, dos superficies	\$245
D6613 Incrustación onlay, metal colado predominantemente básico, tres o más superficies	\$245
D6614 Incrustación onlay, metal noble colado, dos superficies	\$245
D6615 Incrustación onlay, metal noble colado, tres o más superficies	\$245
D6710 Corona – resina compuesta indirecta	\$245
D6720 Corona – resina con metal muy noble	\$245
D6721 Corona – resina con metal principalmente básico	\$245
D6722 Corona – resina con metal noble	\$245
D6740 Corona – porcelana/cerámica	\$245
D6750 Corona – porcelana fundida con metal altamente noble	\$245
D6751 Corona – porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$245
D6752 Corona – porcelana fundida con metal noble	\$245

<b>Código Servicio</b>	<b>Co-pago</b>
D6780 Corona – ¾ metal colado muy noble	\$245
D6781 Corona – ¾ metal colado principalmente básico	\$245
D6782 Corona – ¾ metal colado noble	\$245
D6783 Corona – ¾ porcelana/cerámica	\$245
D6790 Corona – completamente colada de metal muy noble	\$245
D6791 Corona- completamente colada de metal predominantemente básico	\$245
D6792 Corona- completamente colada de metal noble	\$245
D6794 Corona - titanio	\$245
D6930 Recementación de dentadura parcial fija	\$0
D6940 Liberador de tensión	\$110
D6950 Aditamento de precisión	\$195
D6970 Poste y muñón colado además de retenedor de dentadura parcial fija	\$50
D6972 Poste y muñón prefabricado además de retenedor de dentadura parcial fija	\$30
D6973 Reconstrucción de muñón para retenedor, incluyendo cualquier pin	\$10
D6976 Cada poste colado adicional – mismo diente	\$40
D6977 Cada poste prefabricado adicional – mismo diente	\$40
D6980 Reparación de dentadura parcial fija, por informe	\$45

### **Cirugía oral**

- Incluye consultas/tratamiento posoperatorios de rutina
- La extracción de terceros molares asintomáticos no es un beneficio cubierto, a menos que haya una patología (enfermedad), sin embargo se encuentra disponible a un 75% de la tarifa normal y acostumbrada de su dentista general o de cuidados de especialidad seleccionado de SafeGuard.

D7111 Extracción, remanentes coronarios- diente de leche	\$5
D7140 Extracción- diente erupcionado o con raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps)	\$5
D7210 Extracción quirúrgica de diente erupcionado que requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción de hueso y/o sección del diente	\$30
D7220 Extracción de diente impactado – tejido blando	\$50
D7230 Extracción de diente impactado – parcialmente óseo	\$65
D7240 Extracción de diente impactado – completamente óseo	\$80
D7241 Extracción de diente impactado – completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$100
D7250 Extracción quirúrgica de raíces de diente residuales (procedimiento por incisión)	\$40
D7270 Reimplantación y/o estabilización de dientes avulsionados o desplazados accidentalmente	\$50
D7280 Acceso quirúrgico a un diente impactado sin erupcionar	\$100
D7282 Movilización de diente erupcionado o desviado para facilitar la erupción	\$90
D7283 Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	\$90
D7285 Biopsia de tejido oral – duro (hueso, diente)	\$150
D7286 Biopsia de tejido oral - blando	\$60
D7287 Toma de muestra para estudio citológico de escamación	\$50
D7288 Biopsia con cepillo – toma de muestra transepitelial	\$50
D7310 Alveoloplastia junto con extracciones – por cuadrante	\$40
D7311 Alveoloplastia junto con extracciones – uno a tres dientes o espacios interdentes por cuadrante	\$15
D7320 Alveoloplastia sin extracciones – por cuadrante	\$60
D7321 Alveoloplastia sin extracciones – uno a tres dientes o espacios interdentes, por cuadrante	\$25
D7471 Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$80
D7472 Extracción de torus del paladar	\$60
D7473 Extracción de torus de la mandíbula	\$60
D7485 Reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea	\$60
D7510 Incisión y drenaje de absceso – tejido blando intraoral	\$35
D7511 Incisión y drenaje de absceso – tejido blando intraoral- complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	\$35
D7520 Incisión y drenaje de absceso – tejido blando extraoral	\$35
D7521 Incisión y drenaje de absceso – tejido blando extraoral- complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	\$35
D7910 Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	\$25
D7960 Frenulectomía (frenectomía o frenotomía) – procedimiento por separado	\$50
D7963 Frenuloplastia	\$50
<b>SGM-SOB-SGC1035</b>	<b>Servicio al Cliente (800) 880-1800</b>
	<b>10/09</b>

<b>Código Servicio</b>	<b>Co-pago</b>
D7970 Excisión de tejido hiperplásico – por arco	\$55
D7971 Excisión de encía pericoronar	\$40

**Ortodoncia**

- Los beneficios cubren 24 meses de tratamiento ortodóntico normal y acostumbrado y 24 meses de retención.
  - Los beneficios ortodónticos integrales incluyen todas las fases del tratamiento y los aparatos removibles/fijos.
- |                                                                                                                                                       |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| D8010 Tratamiento ortodóntico limitado de los dientes primarios                                                                                       | 25% Descuento |
| D8020 Tratamiento ortodóntico limitado de dientes transitorios                                                                                        | 25% Descuento |
| D8030 Tratamiento ortodóntico limitado de dientes de adolescentes                                                                                     | 25% Descuento |
| D8040 Tratamiento ortodóntico limitado de dientes de adultos                                                                                          | 25% Descuento |
| D8050 Tratamiento ortodóntico interceptivo de los dientes primarios                                                                                   | 25% Descuento |
| D8060 Tratamiento ortodóntico interceptivo de los dientes transitorios                                                                                | 25% Descuento |
| D8070 Tratamiento ortodóntico integral de los dientes transitorios                                                                                    | 25% Descuento |
| D8080 Tratamiento ortodóntico integral de los dientes de adolescentes                                                                                 | 25% Descuento |
| D8090 Tratamiento ortodóntico integral de los dientes de adultos                                                                                      | 25% Descuento |
| D8210 Tratamiento con aparato removible                                                                                                               | 25% Descuento |
| D8220 Tratamiento con aparato fijo                                                                                                                    | 25% Descuento |
| D8660 Consulta previa al tratamiento ortodóntico                                                                                                      | 25% Descuento |
| D8670 Consulta periódica de tratamiento ortodóntico (como parte del contrato)                                                                         | 25% Descuento |
| D8680 Retención ortodóntica (retiro de aparatos, creación y colocación de retenedor(es))                                                              | 25% Descuento |
| D8693 Readhesión o recementación; y/o reparación, como se requiera, de retenedores fijos                                                              | 25% Descuento |
| • Plan de tratamiento ortodóntico y registros (radiografías previas/posteriores (cefalométricas, panorámicas, etc.), fotografías, modelos de estudio) | 25% Descuento |
| • Visitas ortodónticas más allá de 24 meses de tratamiento activo o retención                                                                         | 25% Descuento |

**Servicios Generales Adyuvantes**

D9110 Tratamiento paliativo (emergencia) por dolor dental – procedimiento menor	\$10
D9120 Corte por secciones de dentadura parcial fija	\$0
D9210 Anestesia local, pero no conjuntamente con procedimientos quirúrgicos u operaciones	\$0
D9211 Anestesia por bloqueo regional	\$0
D9212 Anestesia por bloqueo de división del trigémino	\$0
D9215 Anestesia local	\$0
D9220 Sedación profunda/anestesia general – primeros 30 minutos	\$150
D9221 Sedación profunda/anestesia general – cada 15 minutos adicionales	\$45
D9230 Analgesia, ansiolisis, inhalación de óxido nítrico	\$15
D9241 Sedación/analgesia intravenosa consciente – primeros 30 minutos	\$150
D9242 Sedación/analgesia intravenosa consciente – cada 15 minutos adicionales	\$45
D9248 Sedación consciente no por vía intravenosa	\$15
D9310 Consulta (servicio de diagnóstico provisto por un dentista distinto al practicante que está haciendo el tratamiento)	\$0
D9430 Visita al consultorio para observación (durante las horas de atención habituales)- ningún otro servicio prestado	\$0
D9440 Consulta – después de las horas de atención habituales	\$30
D9450 Presentación de caso, planificación de tratamiento detallado y extenso	\$0
D9610 Inyección de medicamento terapéutico, por informe	\$15
D9612 Medicamentos perentales terapéuticos, dos o más administraciones, medicamentos distintos	\$25
D9630 Otros medicamentos y/o fármacos, por informe	\$15
D9910 Aplicación de medicamento desensibilizador	\$15
D9940 Protector oclusal, por informe	\$85
D9942 Reparación y /o revestimiento de protector oclusal	\$40
D9951 Ajuste oclusal - limitado	\$30
D9952 Ajuste oclusal - completo	\$100
D9972 Blanqueamiento externo – por arco	\$125
• No presentación a cita (menos de 24 horas de aviso)	Que no exceda \$25

(Terminología Dental Actual © American Dental Association)

## Definiciones de Terminología Dental

Estas definiciones están diseñadas para darle un entendimiento básico de algunos términos dentales para que entienda mejor su plan; no son descripciones completas.

<b>Amalgama:</b>	Rellenos de plata
<b>Anterior:</b>	Dientes que están en la parte delantera de la boca
<b>Bicúspide:</b>	La mayoría de la gente tiene ocho dientes bicúspides; están ubicados inmediatamente antes de los molares y hay dos en cada cuadrante de la boca.
<b>Puente:</b>	El reemplazo de uno o más dientes faltantes que se fija en forma permanente al diente que está contiguo a el/los espacio(s) vacío(s).
<b>Corona:</b>	Restauración que se crea para colocarla sobre un diente con el fin de reforzar y/o reemplazar la estructura del mismo. Una corona puede hacerse de distintos materiales (noble, altamente noble), metal básico, porcelana o de porcelana y metal.
<b>Endodoncia:</b>	Procedimientos que tratan el nervio o la pulpa del diente debido a una lesión o infección.
<b>Cirugía oral:</b>	Cirugía para extraer dientes, para volver a darle forma a las porciones de hueso en la boca, o para hacer una biopsia de las áreas sospechosas de la boca.
<b>Ortodoncia:</b>	Colocación de frenos y otros procedimientos para enderezar los dientes.
<b>Periodoncia:</b>	Procedimientos relacionados con el tratamiento de estructuras que sostienen los dientes (encías, hueso interior)
<b>Posteriores:</b>	Dientes que están en la parte de atrás de la boca, incluyendo los molares y bicúspides (premolares)
<b>Dientes primarios:</b>	El primer grupo de dientes ("dientes de leche").
<b>Profilaxis:</b>	Raspado y pulido de dientes para extraer la placa que se encuentra arriba del borde de las encías.
<b>Prostodoncia:</b>	La restauración de dientes naturales y/o el reemplazo de dientes faltantes con sustitutos artificiales.
<b>Cuadrante:</b>	Una de las cuatro secciones en las cuales se divide la boca (algunos procedimientos, tal como la periodoncia, se realizan por cuadrantes)
<b>Resina compuesta:</b>	Rellenos del color de los dientes (blancos)

## Exclusiones y Limitaciones

### Exclusiones Generales

1. Los servicios prestados por cualquier dentista que no tenga contrato con SafeGuard, sin la aprobación previa de SafeGuard (excepto servicios de emergencia fuera del área). Esto incluye servicios realizados por un dentista general o un dentista de cuidados de especialidad.
2. Los procedimientos dentales iniciados antes de la elegibilidad del miembro bajo este Plan o que se inicien después del término de la cobertura del Plan del miembro. Ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, conductos radiculares en curso, dentaduras completas o parciales para las cuales se ha tomado una impresión.
3. Cualquier servicio dental, o aparatos, que se consideren que no son razonables y/o necesarios para mantener o mejorar la salud dental del miembro, como lo determine el dentista general SafeGuard seleccionado.
4. Cirugía ortognática.
5. Cargos hospitalarios como paciente interno o ambulatorio de cualquier tipo, incluyendo cargos de dentistas/médicos, recetas y medicamentos.
6. Reemplazo de dentaduras, coronas, aparatos o puentes que se hayan perdido, robado o dañado por el abuso, mal uso o negligencia.
7. Tratamiento de tumores malignos, quistes o neoplasmas, a menos que estén específicamente listados como beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del plan. Cualquier servicio relacionado con tarifas de laboratorio de patología.
8. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo propósito principal sea el cambio de la dimensión vertical de la oclusión, corregir trastornos dentales congénitos, del desarrollo o médicamente inducidos, incluyendo, pero sin limitarse al tratamiento de trastornos miofuncionales, mioesqueléticos o de la articulación temporomandibular, a menos que esté específicamente listado como un beneficio cubierto en el Programa de Beneficios del plan.
9. Implantes y servicios dentales asociados con la colocación de implantes, restauración protodóntica de implantes dentales y servicios especializados de mantenimiento de implantes.
10. Servicios dentales prestados o pagados por una agencia o autoridad gubernamental estatal o federal, subdivisión política, u otro programa público, aparte de Medicaid o Medicare.
11. Servicios dentales que se requieran mientras esté sirviendo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional.
12. Servicios que se consideren de naturaleza experimental.
13. Cualquier procedimiento o tratamiento dental que no se pueda realizar en el consultorio debido a las limitaciones de la salud general o física del miembro.

### Limitaciones

#### Generales

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente listado como beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del plan se encuentra disponible a un 75% de la tarifa normal y acostumbrada del dentista general o del dentista de cuidados de especialidad de SafeGuard seleccionado, siempre que los servicios estén incluidos en el plan de tratamiento y no estén específicamente excluidos.
2. Los servicios o procedimientos dentales que se realicen únicamente para propósitos cosméticos o para mejorar la apariencia se encuentran disponibles a un 75% de la tarifa normal y acostumbrada del dentista general o del dentista de cuidados de especialidad tratante de SafeGuard seleccionado, a menos que estén específicamente listados como beneficio cubierto en este Programa de Beneficios del plan.
3. La anestesia general es un beneficio cubierto sólo cuando la proporciona el dentista que efectúa el tratamiento, en combinación con procedimientos quirúrgicos periodontales y orales.

#### Servicios preventivos

1. Las limpiezas de rutina (profilaxis), servicios de mantenimiento periodontal, y tratamientos con flúor se limitan a dos veces por año. Dos (2) limpiezas adicionales (de rutina y periodontales) se encuentran disponibles con el copago indicado en el Programa de Beneficios del plan. De ser médicamente necesario, se encuentran disponibles dos profilaxis adicionales.
2. Selladores: El beneficio del plan es aplicable a los dientes molares primarios y permanentes, dentro de cuatro (4) años de su erupción, a menos que sea médicamente necesario.

## Exclusiones y Limitaciones

### Servicios de diagnóstico

1. Radiografías panorámicas o de toda la boca: Una vez cada tres (3) años, a menos que sean médicamente necesarias.

### Servicios de restauración

1. Se aplicará un costo adicional, que no excederá \$150 por unidad, a cualquier procedimiento que use metales nobles, altamente nobles o titanio.
2. El reemplazo de cualquier corona o puente fijo (por unidad) se limita a una vez cada cinco (5) años.
3. Los casos que necesiten siete (7) o más unidades de coronas/puentes fijos en el mismo plan de tratamiento requieren de un copago de \$125 por unidad, además del copago especificado por cada unidad de puente/corona.
4. Existe un copago de \$75 por unidad de corona/puente de porcelana en los molares, además de los copagos especificados.

### Prostodoncia

1. Los reforrados se limitan a uno (1) cada doce (12) meses.
2. Dentaduras (completas o parciales): Se reemplazan solamente después de transcurridos cinco (5) años de una entrega previa de dicha dentadura según el Plan SafeGuard, a menos que se deba a la pérdida de un diente natural funcional. Los reemplazos serán un beneficio bajo este Plan solamente si la dentadura existente no es satisfactoria y no puede hacerse satisfactoria, como lo determine el dentista general tratante seleccionado de SafeGuard.
3. La entrega de aparatos de prostodoncia removibles incluye hasta tres (3) ajustes dentro de seis (6) meses de la fecha de entrega del servicio.

### Endodoncia

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

### Cirugía oral

1. La extracción de terceros molares asintomáticos no es un beneficio cubierto, a menos que exista una enfermedad patológica; sin embargo, se encuentra disponible a un 75% de la tarifa normal y acostumbrada de su dentista general o del dentista de cuidados de especialidad de SafeGuard seleccionado.

### Exclusiones y limitaciones de los servicios de ortodoncia

Su copago será el 75% de la tarifa normal y acostumbrada de su dentista general o de cuidados de especialidad seleccionado de SafeGuard. Si su dentista general no provee servicios ortodónticos, puede recibir los servicios de un dentista contratado por SafeGuard cuya práctica se limite a servicios de ortodoncia. Una lista de los dentistas contratados cuyas prácticas se limitan a los servicios de ortodoncia puede encontrarse en línea en la página [www.safeguard.net](http://www.safeguard.net), o bien puede llamar a Servicios al Cliente.

Si su cobertura del plan SafeGuard termina después de iniciar el tratamiento de ortodoncia, usted será responsable de cualquier cargo adicional que se incurra durante el resto del tratamiento ortodóntico.

1. El tratamiento ortodóntico debe efectuarlo un dentista general SafeGuard seleccionado o un ortodoncista contratado por SafeGuard con el fin de que los copagos que se indican en el Programa de Beneficios del plan sean aplicables.
2. Los beneficios del plan cubrirán veinticuatro (24) meses del tratamiento ortodóntico normal y acostumbrado y un periodo adicional de veinticuatro (24) meses de retención. El tratamiento que se prolongue más allá de estos plazos estarán sujetos a un cargo de \$25 por visita.
3. Lo siguiente no está incluido como beneficio ortodóntico:
  - A. Reparación o reemplazo de aparatos perdidos o rotos;
  - B. El retratamiento de casos de ortodoncia;
  - C. Tratamiento que involucre:
    - I. Cirugía maxilofacial, terapia miofuncional, paladar hendido, micrognatia, macroglosia;

## **Exclusiones y Limitaciones**

- II. Desequilibrios hormonales u otros factores que afecten el crecimiento o anomalías de desarrollo;
  - III. Tratamiento relacionado con trastornos de la articulación temporomandibular;
  - IV. Los correctores compuestos o cerámicos, bandas ortodóncicas de adaptación lingual u otras alternativas especializadas o cosméticas a los aparatos ortodóncicos removibles y fijos estándar.
4. La fase de retención del tratamiento deberá incluir la construcción, colocación y ajuste de los retenedores.
  5. El tratamiento ortodóncico activo, que esté en curso en la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, no está cubierto. Tratamiento ortodóncico activo significa que el diente ya comenzó a moverse.