

A continuación, se proporciona una lista exhaustiva de los servicios dentales cubiertos por este plan. Todos los servicios deben recibirse en el consultorio de un dentista general o especialista dental participante de la red (por ejemplo, cirujano oral, endodoncista, periodoncista, etc.). Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones. Los beneficios se ofrecen por año calendario.

El dentista puede sugerir y ayudar a organizar servicios adicionales que no figuren en este programa de beneficios; sin embargo, este beneficio no cubre los procedimientos recibidos que no figuren en este programa o que superen las limitaciones de beneficios indicadas aquí. El afiliado es responsable de los costos de estos servicios adicionales y es posible que se le cobren las tarifas usuales y habituales del proveedor dental, menos cualquier descuento contratado. Las reclamaciones presentadas están sujetas a un proceso de revisión que puede incluir una revisión clínica e historial dental para aprobar la cobertura.

## Información de contacto

**Afiliados:** Si tiene preguntas, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **800-794-5907**. Si usa un TTY, llame al **711**. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**. Para consultar su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones dentales, inicie sesión en MyCarePlus, su portal seguro para afiliados, en **CarePlusHealthPlans.com/MyPlan**.

**Proveedores:** Para obtener información sobre los beneficios dentales, llame al Servicio de atención a proveedores dentales al **800-833-2223**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

## Detalles adicionales del plan

- Los proveedores dentales de la red aceptaron proporcionar los servicios cubiertos a las tarifas contratadas según la lista de tarifas dentro de la red (INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado acude a un proveedor dental de la red participante, no se le pueden facturar cargos que superen la lista de tarifas negociadas. Para encontrar un dentista o para verificar si un dentista está en nuestra red nacional, visite **CarePlusHealthPlans.com/DentalFinder**.
- Este plan no ofrece cobertura fuera de la red.
- CarePlus es una organización de Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La afiliación a cualquier plan de CarePlus depende de la renovación del contrato.
- Los beneficios dentales de este plan usan una red dental de organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés).

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Deducible          | \$0     |
| Monto máximo anual | Ninguno |
| Períodos de espera | Ninguno |

| Código ADA                                  | Descripción del beneficio                                                                                                                                                                                 | Frecuencia/limitaciones                                       | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Examen                                      |                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                            |                           |
| D0120                                       | Evaluación oral periódica: paciente establecido                                                                                                                                                           | Dos códigos de procedimiento por año calendario               | 100%                       | 0%                        |
| Examen de diagnóstico de emergencia         |                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                            |                           |
| D0140                                       | Evaluación oral limitada: centrada en el problema                                                                                                                                                         | Dos códigos de procedimiento por año calendario               | 100%                       | 0%                        |
| Examen adicional                            |                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                            |                           |
| D0150                                       | Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido                                                                                                                                                    | Un código de procedimiento cada tres años calendario          | 100%                       | 0%                        |
| Radiografías de boca completa y panorámicas |                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                            |                           |
| D0210                                       | Radiografía intraoral: serie integral de imágenes radiográficas                                                                                                                                           | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario   | 100%                       | 0%                        |
| D0330                                       | Imagen de radiografía panorámica                                                                                                                                                                          |                                                               | 100%                       | 0%                        |
| Radiografías de mordida                     |                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                            |                           |
| D0270                                       | Radiografía de mordida: imagen radiográfica única                                                                                                                                                         | Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario | 100%                       | 0%                        |
| D0272                                       | Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas                                                                                                                                                       |                                                               | 100%                       | 0%                        |
| D0273                                       | Radiografía de mordida: tres imágenes radiográficas                                                                                                                                                       |                                                               | 100%                       | 0%                        |
| D0274                                       | Radiografía de mordida: cuatro imágenes radiográficas                                                                                                                                                     |                                                               | 100%                       | 0%                        |
| Profilaxis (limpieza)                       |                                                                                                                                                                                                           |                                                               |                            |                           |
| D1110                                       | Profilaxis adultos (eliminación de placa, sarro y manchas de las estructuras dentales e implantes en la dentición permanente y de transición. Su objetivo es controlar los factores irritativos locales.) | Dos códigos de procedimiento por año calendario               | 100%                       | 0%                        |

| Código ADA                              | Descripción del beneficio                                                                                       | Frecuencia/limitaciones                                                   | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Restauraciones (empastes)               |                                                                                                                 |                                                                           |                            |                           |
| D2140                                   | Amalgama: una superficie, dientes temporales o permanentes                                                      | Cuatro códigos de procedimiento de este grupo por año calendario          | 100%                       | 0%                        |
| D2150                                   | Amalgama: dos superficies, dientes temporales o permanentes                                                     |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2160                                   | Amalgama: tres superficies, dientes temporales o permanentes                                                    |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2161                                   | Amalgama: cuatro o más superficies, dientes temporales o permanentes                                            |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2330                                   | Composite a base de resina: una superficie, anterior (frontal)                                                  |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2331                                   | Composite a base de resina: dos superficies, anterior (frontal)                                                 |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2332                                   | Composite a base de resina: tres superficies, anterior (frontal)                                                |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2335                                   | Composite a base de resina: cuatro o más superficies (frontal)                                                  |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2391                                   | Composite a base de resina: una superficie, posterior (atrás)                                                   |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2392                                   | Composite a base de resina: dos superficies, posterior (atrás)                                                  |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2393                                   | Composite a base de resina: tres superficies, posterior (atrás)                                                 |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D2394                                   | Composite a base de resina: cuatro o más superficies, posterior (atrás)                                         |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| Servicios de endodoncia                 |                                                                                                                 |                                                                           |                            |                           |
| D3310                                   | Terapia endodóntica, diente anterior (excluida la restauración final)                                           | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario               | 100%                       | 0%                        |
| D3320                                   | Terapia endodóntica, diente premolar (excluida la restauración final)                                           |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| D3330                                   | Terapia endodóntica, diente molar (excluida la restauración final)                                              |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| Alisado y raspado radicular periodontal |                                                                                                                 |                                                                           |                            |                           |
| D4341                                   | Alisado y raspado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante                                     | Un código de procedimiento por cuadrante de este grupo por año calendario | 100%                       | 0%                        |
| D4342                                   | Alisado y raspado radicular periodontal: de uno a tres dientes por cuadrante                                    |                                                                           | 100%                       | 0%                        |
| Raspado: inflamación gingival moderada  |                                                                                                                 |                                                                           |                            |                           |
| D4346                                   | Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, tras evaluación oral | Un código de procedimiento por año calendario                             | 100%                       | 0%                        |

| Código ADA                                                                                                                                                               | Descripción del beneficio                                                                                                                                                   | Frecuencia/limitaciones                                                                 | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Mantenimiento periodontal                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                            |                           |
| D4910                                                                                                                                                                    | Mantenimiento periodontal                                                                                                                                                   | Cuatro códigos de procedimiento por año calendario                                      | 100%                       | 0%                        |
| Dentaduras postizas parciales removibles o dentaduras postizas completas (incluidos los cuidados rutinarios posteriores a la colocación)                                 |                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                            |                           |
| D5110                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza completa: maxilar                                                                                                                                         | Una dentadura postiza completa o parcial superior e inferior cada cinco años calendario | 100%                       | 0%                        |
| D5120                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza completa: mandibular                                                                                                                                      |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5130                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza de inmediato: maxilar                                                                                                                                     |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5140                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza de inmediato: mandibular                                                                                                                                  |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5211                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)                                                |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5212                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)                                             |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5213                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza parcial maxilar: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes)    |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5214                                                                                                                                                                    | Dentadura postiza parcial mandibular: monturas de metal fundido con bases de dentadura de resina (incluidos los materiales de retención/sujeción, los apoyos y los dientes) |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| Ajustes, rebase o rebase de dentaduras postizas (no permitido en dentaduras postizas de repuesto o si está dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial) |                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                            |                           |
| D5410                                                                                                                                                                    | Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar                                                                                                                               | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario                             | 100%                       | 0%                        |
| D5411                                                                                                                                                                    | Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular                                                                                                                            |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5710                                                                                                                                                                    | Reemplazo del material de base de dentadura postiza maxilar completa                                                                                                        |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5711                                                                                                                                                                    | Reemplazo del material de base de dentadura postiza mandibular completa                                                                                                     |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5730                                                                                                                                                                    | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directa)                                                                                                               |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |
| D5731                                                                                                                                                                    | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directa)                                                                                                            |                                                                                         | 100%                       | 0%                        |

| Código ADA                                                                                                                                                                              | Descripción del beneficio                                                  | Frecuencia/limitaciones                                               | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Ajustes, rebase o rebase de dentaduras postizas (no permitido en dentaduras postizas de repuesto o si está dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial) (continuación) |                                                                            |                                                                       |                            |                           |
| D5750                                                                                                                                                                                   | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)            | Un código de procedimiento de este grupo por año calendario           | 100%                       | 0%                        |
| D5751                                                                                                                                                                                   | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)         |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| Puentes: pónico                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                       |                            |                           |
| D6210                                                                                                                                                                                   | Pónico: metal altamente noble fundido                                      | Un código de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario   | 100%                       | 0%                        |
| D6211                                                                                                                                                                                   | Pónico: metal predominantemente base fundido                               |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6212                                                                                                                                                                                   | Pónico: metal noble fundido                                                |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6214                                                                                                                                                                                   | Pónico: titanio y aleaciones de titanio                                    |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6240                                                                                                                                                                                   | Pónico: porcelana fundida con metal altamente noble                        |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6241                                                                                                                                                                                   | Pónico: porcelana fundida con metal predominantemente base                 |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6242                                                                                                                                                                                   | Pónico: porcelana fundida con metal noble                                  |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6243                                                                                                                                                                                   | Pónico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio              |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6245                                                                                                                                                                                   | Pónico: porcelana/cerámica                                                 |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| Puentes: corona                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                       |                            |                           |
| D6740                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: porcelana/cerámica                                      | Dos códigos de procedimiento de este grupo cada cinco años calendario | 100%                       | 0%                        |
| D6750                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: porcelana fundida con metal altamente noble             |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6751                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: porcelana fundida con metal predominantemente base      |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6752                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: porcelana fundida con metal noble                       |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6753                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6790                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: fundición completa de metal altamente noble             |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6791                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: fundición completa de metal predominantemente base      |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6792                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: fundición completa de metal noble                       |                                                                       | 100%                       | 0%                        |
| D6794                                                                                                                                                                                   | Corona de anclaje: titanio y aleaciones de titanio                         |                                                                       | 100%                       | 0%                        |

| Código ADA                                                                                                                                                                                                    | Descripción del beneficio                                                                                                                                        | Frecuencia/limitaciones                                         | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Recementado de Puente                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                  |                                                                 |                            |                           |
| D6930                                                                                                                                                                                                         | Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija                                                                                                       | Un código de procedimiento cada cinco años calendario           | 100%                       | 0%                        |
| Extracciones simples o quirúrgicas (extracciones ilimitadas cubiertas con el fin de que el afiliado reciba prótesis dentales, todas las demás extracciones limitadas a la frecuencia indicada a continuación) |                                                                                                                                                                  |                                                                 |                            |                           |
| D7140                                                                                                                                                                                                         | Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)                                                                          | Cinco códigos de procedimiento de este grupo por año calendario | 100%                       | 0%                        |
| D7210                                                                                                                                                                                                         | Extracción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7220                                                                                                                                                                                                         | Extracción de diente impactado: tejido blando                                                                                                                    |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7230                                                                                                                                                                                                         | Extracción de diente impactado: parcialmente recubierto en hueso                                                                                                 |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7240                                                                                                                                                                                                         | Extracción de diente impactado: completamente recubierto en hueso                                                                                                |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7250                                                                                                                                                                                                         | Eliminación de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)                                                                                               |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| Cirugía oral                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                  |                                                                 |                            |                           |
| D7270                                                                                                                                                                                                         | Reimplantación y/o estabilización de un diente desplazado o expulsado accidentalmente                                                                            | Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario   | 100%                       | 0%                        |
| D7280                                                                                                                                                                                                         | Exposición de un diente no erupcionado                                                                                                                           |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7284                                                                                                                                                                                                         | Biopsia escisional de glándulas salivales menores                                                                                                                |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7285                                                                                                                                                                                                         | Biopsia incisional de tejido oral duro (hueso, diente)                                                                                                           |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7286                                                                                                                                                                                                         | Biopsia incisional de tejido oral blando                                                                                                                         |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7287                                                                                                                                                                                                         | Recogida de muestras citológicas exfoliativas                                                                                                                    |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7288                                                                                                                                                                                                         | Biopsia por cepillado: recogida de muestras transepiteliales                                                                                                     |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7310                                                                                                                                                                                                         | Alveoloplastia en combinación con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante                                                          |                                                                 | 100%                       | 0%                        |
| D7311                                                                                                                                                                                                         | Alveoloplastia en combinación con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante                                                         |                                                                 | 100%                       | 0%                        |

| <b>Código<br/>ADA</b>              | <b>Descripción del beneficio</b>                                                                    | <b>Frecuencia/limitaciones</b>                                | <b>Cobertura<br/>dentro de la red</b> | <b>Cobertura<br/>fuera de la red</b> |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Cirugía oral (continuación)</b> |                                                                                                     |                                                               |                                       |                                      |
| D7320                              | Alveoloplastia no asociada a extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante  | Dos códigos de procedimiento de este grupo por año calendario | 100%                                  | 0%                                   |
| D7321                              | Alveoloplastia no asociada a extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7410                              | Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm                                                         |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7411                              | Escisión de lesión benigna superior a 1.25 cm                                                       |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7412                              | Escisión de lesión benigna, complicada                                                              |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7450                              | Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm             |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7451                              | Extirpación de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm        |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7460                              | Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión hasta 1.25 cm          |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7461                              | Extirpación de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm     |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7509                              | Marsupialización de quiste odontogénico                                                             |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7510                              | Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral                                              |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7961                              | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)                                                            |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7962                              | Frenectomía lingual (frenulectomía)                                                                 |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7963                              | Frenuloplastia                                                                                      |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7970                              | Escisión de tejido hiperplásico: por arcada                                                         |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7971                              | Escisión de la encía pericoronar                                                                    |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |
| D7972                              | Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa                                                      |                                                               | 100%                                  | 0%                                   |

| Código ADA                                                                                                                                            | Descripción del beneficio                                                                                                                    | Frecuencia/limitaciones                       | Cobertura dentro de la red | Cobertura fuera de la red |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Anestesia: general (en conjunto con procedimientos extensos y/o complejos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica)   |                                                                                                                                              |                                               |                            |                           |
| D9222                                                                                                                                                 | Administración de sedación profunda/anestesia general (primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)                       | Según sea necesario con los códigos cubiertos | 100%                       | 0%                        |
| D9223                                                                                                                                                 | Administración de sedación profunda/anestesia general (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)            |                                               | 100%                       | 0%                        |
| D9239                                                                                                                                                 | Administración de sedación moderada (intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)                                   |                                               | 100%                       | 0%                        |
| D9243                                                                                                                                                 | Administración de sedación moderada (intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma)                |                                               | 100%                       | 0%                        |
| D9246                                                                                                                                                 | Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma)                    |                                               | 100%                       | 0%                        |
| D9247                                                                                                                                                 | Administración de sedación moderada (parenteral, no intravenosa) (cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma) |                                               | 100%                       | 0%                        |
| Anestesia: óxido nitroso/analgesia (en conjunto con los servicios cubiertos, sujeto a limitaciones y exclusiones del plan, sujeto a revisión clínica) |                                                                                                                                              |                                               |                            |                           |
| D9230                                                                                                                                                 | Administración de óxido nitroso                                                                                                              | Según sea necesario con los códigos cubiertos | 100%                       | 0%                        |

Terminología odontológica actual © 2027 Asociación Dental Estadounidense. Todos los derechos reservados.

**Entre las exclusiones de Beneficios suplementarios obligatorios de servicios dentales, se incluyen pero no se limitan a las siguientes:**

- Los dentistas de la red han aceptado proveer servicios a tarifas contratadas (el cuadro de tarifas dentro de la red o INFS, por sus siglas en inglés). Si un afiliado visita a un dentista participante de la red, el afiliado no recibirá una factura por cargos superiores a los del cuadro de tarifas negociadas por los servicios cubiertos (el pago de coseguro continúa siendo aplicable).
- Los servicios recibidos de un dentista fuera de la red no son beneficios cubiertos.
- Colocación inicial o reemplazo de una dentadura postiza anterior que no sirva y que no pueda repararse. Las dentaduras postizas de repuesto no están cubiertas.
- El revestimiento dental puede no ser cubierto dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Los ajustes dentales pueden no ser cubiertos dentro de los seis meses de la colocación inicial de la dentadura postiza o en dentaduras postizas de repuesto.
- Gastos incurridos mientras es elegible para cualquier ley o decreto de compensación laboral o de enfermedad ocupacional, independientemente de si haya solicitado o no la cobertura.
- Servicios que cumplan con los siguientes requisitos:
  - Sean gratis o que no debería pagarlos si no tuviera este seguro, a menos que se reciban cargos de parte del gobierno estadounidense que sean reembolsables al gobierno o a cualquiera de sus agencias, según lo requiera la ley.
  - Proporcionados o pagaderos por cualquier plan o ley a través de cualquier subdivisión gubernamental o política (no incluye Medicare ni Medicaid).
  - Proporcionados por cualquier hospital, institución o agencia que pertenezca o sea dirigida por el gobierno estadounidense para cualquier servicio relacionado con una enfermedad o lesión corporal.
- Cualquier gasto que surja del llenado de formularios.
- Si no asiste a una cita con el dentista.
- Cualquier servicio que consideremos odontología estética, a menos que sea necesario como resultado de una lesión accidental sufrida mientras usted está cubierto por esta póliza. Consideramos los siguientes procedimientos, entre otros, como servicios odontológicos estéticos:
  - Revestimiento de coronas o puentes fijos (la porción de un puente fijo entre los soportes) posteriores al segundo bicúspide;
  - Cualquier servicio para corregir una malformación congénita;
  - Cualquier servicio cuyo principal objetivo sea mejorar la apariencia;
  - Caracterizaciones y la personalización de los dispositivos protésicos; o
  - Cualquier procedimiento para cambiar el espaciado o la forma de los dientes;
- Cargos por:
  - Cualquier tipo de implante y todos los servicios relacionados, incluidas coronas o el dispositivo protésico adherido a la corona;
  - Aditamentos de precisión o semiprecisión;
  - Otros aditamentos personalizados;
  - Servicios dentales temporales o provisionales;
  - Cargos adicionales relacionados con los materiales o el equipo utilizado en la prestación del cuidado dental;
  - La extracción de cualquier implante, a menos que sea un servicio cubierto.
- Cualquier servicio relacionado con lo siguiente:
  - Alteración de la dimensión vertical de los dientes.
  - Restauración o mantenimiento de la oclusión.

- Ferulización de dientes, incluidos múltiples soportes, o cualquier servicio para estabilizar un diente periodontalmente debilitado.
- Reemplazo de estructuras dentales perdidas como resultado de abrasión, atrición, erosión o abfracción.
- Registro de mordida o análisis de mordida.
- Injerto óseo en una o varias zonas para las que la documentación no respalda una restauración futura.
- Control de una infección, por ejemplo, técnicas de esterilización.
- Cargos por tratamiento llevado a cabo por alguien que no sea un dentista, excepto para raspado, limpieza dental y aplicación tópica de flúor, los cuales puede realizarlos un higienista dental con licencia. El tratamiento se debe realizar bajo la supervisión del dentista, de acuerdo con las normas odontológicas generalmente aceptadas.
- Cualquier hospital, centro quirúrgico o de tratamiento, o para los servicios de un anestesiólogo o anestesista.
- Medicamentos recetados o premedicación, ya sean dispensados o recetados.
- Cualquier servicio que no está mencionado específicamente en la información sobre la cobertura.
- Cualquier servicio que no es elegible para los beneficios basado en una revisión clínica; no ofrece un pronóstico favorable; no cuenta con respaldo profesional uniforme; o cuyos fines son de naturaleza experimental o de investigación.
- Servicios de ortodoncia.
- Servicios de corona de anclaje cuando la cobertura de puente no está incluida en el beneficio.
- Cualquier gasto en que se haya incurrido antes de su fecha de vigencia o después de la fecha en la que finaliza este beneficio suplementario.
- Servicios provistos por alguien que vive normalmente con usted o que es miembro de su familia.
- Cargos que exceden el límite de reembolso para el servicio.
- Tratamiento derivado de cualquier lesión o enfermedad corporal autoinfligida de forma intencional.
- Anestesia local, irrigación, bases, recubrimiento pulpar, servicios dentales temporales, modelos de estudio/moldes de diagnóstico, planes de tratamiento, ajustes oclusales (superficies de mordedura o trituración de dientes molares y bicúspide) o preparación de tejidos asociada con el molde o la colocación de una restauración cuando se cobre como un servicio aparte. Estos servicios se consideran parte integral del servicio dental completo.
- Cuando se deniegan los servicios principales, también se deniegan todos los servicios asociados a ellos.
- Cualquier prueba, radiografía intraoperatoria, laboratorio, retiro de postes existentes, material de empaste, obturadores Thermanfil y cualquier otro cuidado de seguimiento se considera parte integral de la terapia de conducto radicular. Un cargo por separado por estos servicios no se considera un gasto cubierto.
- Reparación y reemplazo de aparatos de ortodoncia.
- Cualquier tratamiento quirúrgico o no quirúrgico para cualquier problema en la articulación de la mandíbula, incluida cualquier disfunción de la articulación temporomandibular, disfunción craneomandibular, craneomaxilar u otras afecciones de la articulación que une los huesos de la mandíbula con el cráneo; o el tratamiento de los músculos faciales que se usan en las funciones de expresión y masticación, para síntomas que incluyen, entre otros, dolores de cabeza.
- Los beneficios de cirugía oral en virtud de este plan no incluyen:
  - Ningún servicio de cirugía ortognática;
  - Ningún servicio de destrucción de lesiones por cualquier método;
  - Ningún servicio de trasplante dental;
  - Ningún servicio de extracción de un cuerpo extraño en el tejido o huesos de la cavidad oral;
  - Ningún servicio para la reconstrucción de defectos quirúrgicos, traumáticos o congénitos de los huesos faciales;
  - Ningún cargo separado por cuidado pre y posoperatorio.

- La anestesia general o la sedación consciente no son servicios cubiertos, a menos que se basen en una revisión clínica de documentación proporcionada y administrada por un dentista o profesional de cuidado de la salud en conjunto con procedimientos quirúrgicos orales cubiertos, procedimientos quirúrgicos periodontales y óseos o procedimientos quirúrgicos perirradiculares para servicios cubiertos.
- No se cubre anestesia general o sedación consciente administradas debido a los siguientes motivos, entre otros:
  - Control del dolor a menos que se proporcione una alergia documentada a la anestesia local;
  - Ansiedad;
  - Miedo al dolor;
  - Manejo del dolor;
  - Incapacidad emocional para someterse a cirugía.
- Programas de control preventivo que incluyen, entre otros, instrucciones para higiene oral, control de sarro, artículos para llevar a la casa, medicamentos recetados y planificación alimenticia.
- El reemplazo de cualquier restauración, prótesis o aparato principal duplicado, perdido, robado, dañado o extraviado.
- Cualquier prueba de susceptibilidad a las caries, análisis de laboratorio, muestras de saliva, cultivos anaeróbicos, pruebas de sensibilidad o cargos por procedimientos patológicos orales.
- Los cargos separados por cuidado pre y postoperatorio y reevaluación dentro de los 12 meses no se consideran servicios cubiertos en virtud de los servicios periodontales quirúrgicos de este plan.
- No cubrimos servicios que, por lo general, se consideran servicios médicos, excepto aquellos específicamente indicados como cubiertos en la Información de cobertura.
- Los copagos, coseguros y deducibles pagados por los beneficios suplementarios no cuentan para su cantidad máxima de desembolso personal.