



Dominion National Select Plan 703x

NEW JERSEY

Siéntase bien al elegir un plan Dominion National Select Plan¹ ofrecido por Humana

El plan Dominion National Select Plan le brinda cobertura en cualquier circunstancia. Ya sea que solo necesite cuidado dental rutinario o un tratamiento dental inesperado, usted sabe qué esperar con Select Plan.

- Sin períodos de espera
- Sin máximos anuales

La buena salud comienza con una boca sana

Dé prioridad a las consultas dentales

Una de las primeras líneas de defensa en la salud general es el cuidado dental. Las limpiezas dentales regulares pueden ayudar a controlar problemas en el cuerpo, como enfermedad del corazón, diabetes y derrame cerebral.

Consejos para lograr una boca sana

- Utilice un cepillo de dientes de cerdas suaves e hilo dental a diario
- Elija una pasta dental con flúor
- Cepílese los dientes durante al menos dos minutos dos veces al día
- Observe si aparecen signos de enfermedad periodontal, como encías enrojecidas, inflamadas o sensibles
- Vaya a un dentista regularmente para realizarse exámenes y limpiezas

¹Plan de cuidado médico administrado con red exclusiva, copagos fijos para afiliados, sin límites anuales máximos en dólares, sin períodos de espera y sin deducibles. En Nueva Jersey, los Select Plan están disponibles únicamente en los condados de Camden, Cumberland y Gloucester.

²El reembolso por cuidado médico en casos de emergencia fuera del área requiere un recibo u otra prueba de pérdida.



Utilice los beneficios de su Select Plan



Después de inscribirse en un plan y recibir su tarjeta de identificación, puede crear una cuenta en DominionMembers.com para acceder cómodamente a la información de su plan.



Debe elegir un dentista de cuidado primario antes o después de la inscripción. Encuentre una lista actualizada de dentistas en DominionNational.com/find-a-dentist. Después de la fecha de entrada en vigencia, llame al consultorio dental que haya elegido y programe una cita. Salvo que necesite cuidado de urgencia fuera del área, debe recibir tratamiento en el consultorio dental que haya elegido.²



Su dentista de cuidado primario le brindará todo su cuidado dental rutinario o lo referirá a un especialista participante si fuera necesario.

¿Preguntas?

Visite DominionNational.com o llame al **888-518-5338** de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 6 p.m.



El plan Dominion National Select Plan se centra en el mantenimiento de la salud oral, la prevención y la limitación de costos. No existen máximos anuales, no se deben alcanzar deducibles y no hay períodos de espera. Los copagos del plan para los procedimientos detallados se aplican tanto para un dentista general participante como para un especialista participante.

Servicios de dentistas especialistas: Si los afiliados necesitan un especialista (es decir, endodoncista, cirujano oral, periodoncista), deben ser referidos por un dentista general participante. Visite DominionNational.com para encontrar un especialista participante.

Resumen de servicios

Las categorías de servicio marcadas con un solo asterisco (*) a continuación excluyen el costo de los metales nobles y preciosos. Se cobrará un cargo adicional si se utilizan estos materiales.

Si un procedimiento enumerado contiene (/), el primer cargo enumerado representa el copago para un dentista general. El segundo cargo enumerado representa el copago para a un especialista después del referido.

| Citas | El afiliado paga | | |
|--|---|-------------------------|--|
| D9439 | Visita al consultorio | \$10.00 | |
| D0120 | Evaluación oral periódica - paciente habitual - 2 por año calendario (combinado con D0145) | \$0.00 | |
| D0140 | Evaluación oral limitada - enfocada en un problema - 1 por año calendario (combinado con D0160 y D0170) | \$0.00 | |
| D0145 | Evaluación oral para un paciente menor de 3 años de edad y asesoramiento para el cuidador principal - 2 por año calendario (combinado con D0120) | \$0.00 | |
| D0150 | Evaluación oral integral - paciente nuevo o habitual - 1 por año calendario | \$0.00 | |
| D0160 | Evaluación oral detallada y exhaustiva - centrada en un problema, por informe - 1 por año calendario (combinado con D0140 y D0170) | \$0.00 | |
| D0170 | Reevaluación - límite - 1 por año calendario (combinado con D0140 y D0160) | \$0.00 | |
| D0210 | Serie completa de imágenes radiográficas - 1 cada 3 años (combinado con D0330) | \$26.00 | |
| D0220 | Intraoral - periapical, primera imagen radiográfica | \$0.00 | |
| D0230 | Intraoral - cada imagen radiográfica adicional | \$0.00 | |
| D0240 | Intraoral - imagen radiográfica oclusal | \$0.00 | |
| D0250 | Extraoral - imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación fija y detector | \$0.00 | |
| D0260 | Extraoral - imagen radiográfica dental posterior | \$0.00 | |
| D0270 | Radiografía de mordida - una sola imagen radiográfica - 2 por año calendario (combinado con D0272, D0273 y D0274) | \$0.00 | |
| D0272 | Radiografía de mordida - dos imágenes radiográficas - 2 por año calendario (combinado con D0270, D0273 y D0274) | \$0.00 | |
| D0273 | Radiografía de mordida - tres imágenes radiográficas - 2 por año calendario (combinado con D0270, D0272 y D0274) | \$0.00 | |
| D0274 | Radiografía de mordida - cuatro imágenes radiográficas - 2 por año calendario (combinado con D0270, D0272 y D0273) | \$0.00 | |
| D0277 | Radiografía de mordida vertical - 7 a 8 imágenes radiográficas | \$0.00 | |
| D0330 | Imagen radiográfica panorámica - 1 cada 3 años (combinado con D0210) | \$30.00 | |
| D0340 | Imagen radiográfica cefalométrica 2D - adquisición, medición y análisis | \$0.00 | |
| D0350 | Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida de forma intraoral o extraoral | \$0.00 | |
| D0460 | Pruebas de vitalidad pulpar | \$0.00 | |
| D0470 | Moldes de diagnóstico | \$0.00 | |
| D1110 | Profilaxis - adultos - 2 por año calendario | \$13.00 | |
| D1110 | Profilaxis adicional - adultos (embarazadas o personas con diabetes) - 1 por año calendario | \$40.00 | |
| D1120 | Profilaxis - niños - 2 por año calendario | \$10.00 | |
| D1203 | Aplicación tópica de flúor - niños - 1 por año calendario | \$0.00 | |
| D1204 | Aplicación tópica de flúor - adultos - 1 por año calendario | \$0.00 | |
| D1206 | Aplicación tópica de barniz de flúor - 1 por año calendario | \$0.00 | |
| D1310 | Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales | \$0.00 | |
| D1320 | Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales | \$0.00 | |
| D1330 | Instrucciones para la higiene oral | \$0.00 | |
| D1351 | Sellador - por diente - 1 por diente de por vida. Hasta los 16 años de edad, limitado al 1º y 2º molar permanente (combinado con D1352) | \$21.00 | |
| D1352 | Restauración preventiva con resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto - diente permanente - 1 por diente de por vida. Hasta los 16 años de edad, limitado al 1º y 2º molar permanente (combinado con D1351) | \$21.00 | |
| D1510 | Mantenedor de espacio - fijo, unilateral - por cuadrante | \$143.00 | |
| D1515 | Mantenedor de espacio, fijo, bilateral | \$198.00 | |
| D1520 | Mantenedor de espacio - removible, unilateral - por cuadrante | \$143.00 | |
| D1525 | Mantenedor de espacio - removible - bilateral | \$198.00 | |
| D1550 | Recementado de mantenedor de espacio | \$34.00 | |
| Odontología de restauración (empastes) | | El afiliado paga | |
| (Empastes limitados a 1 por diente cada 2 años) | | | |
| D2140 | Amalgama - una superficie, primaria o permanente | \$41.00 | |
| D2150 | Amalgama - dos superficies, primaria o permanente | \$51.00 | |
| D2160 | Amalgama - tres superficies, primaria o permanente | \$64.00 | |



Dominion National Select Plan 703x

NEW JERSEY

| | | |
|-------|--|----------|
| D2161 | Amalgama, cuatro superficies o más, primaria o permanente | \$78.00 |
| D2330 | Compuesto a base de resina - una superficie, anterior | \$69.00 |
| D2331 | Compuesto a base de resina - dos superficies, anterior | \$83.00 |
| D2332 | Compuesto a base de resina - tres superficies, anterior | \$99.00 |
| D2335 | Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies o con ángulo incisal incluido (anterior) | \$119.00 |
| D2391 | Composite a base de resina - una superficie, posterior | \$73.00 |
| D2392 | Compuesto a base de resina - dos superficies, posterior | \$87.00 |
| D2393 | Compuesto a base de resina - tres superficies, posterior | \$102.00 |
| D2394 | Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posterior | \$123.00 |
| D2940 | Restauración protectora | \$39.00 |
| D2951 | Retención de pernos, por diente, además de la restauración | \$22.00 |
| D3110 | Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final) | \$32.00 |
| D3120 | Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final) | \$32.00 |

| Corona y puente* (Coronas limitadas a 1 por diente cada 7 años) | | El afiliado paga |
|---|--|-------------------------|
|---|--|-------------------------|

| | | |
|-------|---|----------|
| D2390 | Corona de compuesto a base de resina - anterior | \$192.00 |
| D2510 | Incrustación inlay metálica - una superficie | \$407.00 |
| D2520 | Incrustación inlay metálica - dos superficies | \$407.00 |
| D2530 | Incrustación inlay metálica - tres superficies o más | \$425.00 |
| D2542 | Incrustación onlay metálica - dos superficies | \$458.00 |
| D2543 | Incrustación onlay metálica - tres superficies | \$524.00 |
| D2544 | Incrustación onlay metálica - cuatro superficies o más | \$524.00 |
| D2610 | Porcelana/cerámica - una superficie | \$427.00 |
| D2620 | Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies | \$427.00 |
| D2630 | Incrustación inlay - porcelana/cerámica - tres superficies o más | \$445.00 |
| D2642 | Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies | \$479.00 |
| D2643 | Incrustación inlay - porcelana/cerámica - tres superficies | \$499.00 |
| D2644 | Incrustación inlay - porcelana/cerámica - cuatro superficies o más | \$499.00 |
| D2650 | Incrustación inlay - compuesto a base de resina, una superficie | \$440.00 |
| D2651 | Incrustación inlay - compuesto a base de resina, dos superficies | \$440.00 |
| D2652 | Incrustación inlay - compuesto a base de resina, tres superficies o más | \$440.00 |
| D2662 | Incrustación onlay - compuesto a base de resina, dos superficies | \$444.00 |
| D2663 | Incrustación onlay - compuesto a base de resina, tres superficies | \$444.00 |
| D2664 | Incrustación onlay - compuesto a base de resina, cuatro superficies o más | \$444.00 |

| | | |
|-------|--|----------|
| D2710 | Corona - compuesto a base de resina (indirecto) | \$272.00 |
| D2712 | Corona - 3/4 de compuesto a base de resina (indirecto) | \$485.00 |
| D2720 | Corona - resina con metal muy noble | \$495.00 |
| D2721 | Corona - resina con metal predominantemente básico | \$495.00 |
| D2722 | Corona - resina con metal noble | \$495.00 |
| D2740 | Corona - porcelana/cerámica | \$560.00 |
| D2750 | Corona - porcelana fundida con metal muy noble | \$523.00 |
| D2751 | Corona - porcelana fundida con metal predominantemente básico | \$523.00 |
| D2752 | Corona - porcelana fundida con metal noble | \$523.00 |
| D2780 | Corona - 3/4 de metal muy noble fundido | \$478.00 |
| D2781 | Corona - 3/4 de metal predominantemente básico fundido | \$478.00 |
| D2782 | Corona - 3/4 de metal noble fundido | \$478.00 |
| D2783 | Corona - 3/4 de porcelana/cerámica | \$511.00 |
| D2790 | Corona - metal muy noble completamente fundido | \$495.00 |
| D2791 | Corona - metal predominantemente básico completamente fundido | \$495.00 |
| D2792 | Corona - metal noble completamente fundido | \$495.00 |
| D2910 | Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o restauración con cobertura parcial | \$43.00 |
| D2920 | Recementado o refijación de corona | \$43.00 |
| D2930 | Corona de acero inoxidable prefabricada - diente primario | \$110.00 |
| D2931 | Corona de acero inoxidable prefabricada - diente permanente | \$121.00 |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | \$140.00 |
| D2950 | Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando se requiera | \$125.00 |
| D2952 | Poste y muñón además de la corona, de fabricación indirecta | \$186.00 |
| D2954 | Poste y muñón prefabricados, además de la corona | \$154.00 |
| D2955 | Extracción del poste | \$105.00 |
| D2970 | Corona provisional (diente fracturado) | \$0.00 |
| D2980 | Reparación de corona debido a falla del material de restauración | \$102.00 |

| Prótesis (dentaduras) (Dentaduras postizas limitadas a 1 por diente cada 7 años) | | El afiliado paga |
|--|--|-------------------------|
|--|--|-------------------------|

| | | |
|-------|---|----------|
| D5110 | Dentadura postiza completa - maxilar | \$697.00 |
| D5120 | Dentadura postiza completa - mandibular | \$697.00 |
| D5130 | Dentadura postiza inmediata - maxilar | \$722.00 |
| D5140 | Dentadura postiza inmediata - mandibular | \$722.00 |
| D5211 | Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$649.00 |
| D5212 | Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$649.00 |



Dominion National Select Plan 703x

NEW JERSEY

| | | |
|-------|---|----------|
| D5213 | Dentadura postiza parcial maxilar - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$750.00 |
| D5214 | Dentadura postiza parcial mandibular - estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$750.00 |
| D5225 | Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$750.00 |
| D5226 | Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$750.00 |
| D5281 | Dentadura postiza parcial unilateral removible - metal fundido de una pieza | \$419.00 |
| D5410 | Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar | \$38.00 |
| D5411 | Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular | \$38.00 |
| D5421 | Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar | \$38.00 |
| D5422 | Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular | \$38.00 |
| D5510 | Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa | \$87.00 |
| D5520 | Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa (cada diente) | \$87.00 |
| D5610 | Reparación de base de dentadura postiza de resina | \$87.00 |
| D5620 | Reparación de marco fundido | \$87.00 |
| D5630 | Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos rotos - por diente | \$115.00 |
| D5640 | Reemplazo de dientes rotos - por diente | \$87.00 |
| D5650 | Adición de diente a dentadura postiza parcial existente | \$87.00 |
| D5660 | Adición de gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente | \$115.00 |
| D5670 | Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (maxilar) | \$287.00 |
| D5671 | Reemplazo de todos los dientes y acrílico sobre estructura de metal de fundición (mandibular) | \$287.00 |
| D5710 | Rebasado de dentadura postiza maxilar completa - 1 cada 24 meses | \$260.00 |
| D5711 | Rebasado de dentadura postiza mandibular completa - 1 cada 24 meses | \$260.00 |
| D5720 | Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar - 1 cada 24 meses | \$260.00 |
| D5721 | Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular - 1 cada 24 meses | \$260.00 |
| D5730 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo) - 1 cada 24 meses | \$159.00 |
| D5731 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo) - 1 cada 24 meses | \$159.00 |
| D5740 | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo) - 1 cada 24 meses | \$155.00 |
| D5741 | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo) - 1 cada 24 meses | \$155.00 |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| D5750 | Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto) - 1 cada 24 meses | \$224.00 |
| D5751 | Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto) - 1 cada 24 meses | \$224.00 |
| D5760 | Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto) - 1 cada 24 meses | \$224.00 |
| D5761 | Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto) - 1 cada 24 meses | \$224.00 |
| D5810 | Dentadura postiza completa provisional (maxilar) | \$362.00 |
| D5811 | Dentadura postiza completa provisional (mandibular) | \$362.00 |
| D5820 | Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$362.00 |
| D5821 | Dentadura postiza parcial provisional (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes) | \$362.00 |
| D5850 | Acondicionamiento del tejido maxilar | \$79.00 |
| D5851 | Acondicionamiento del tejido mandibular | \$79.00 |
| Puentes y puentes fijos* (Puentes limitados a 1 por diente cada 7 años) | | El afiliado paga |
| D6210 | Puente fijo - metal muy noble fundido | \$495.00 |
| D6211 | Puente fijo - metal predominantemente básico fundido | \$495.00 |
| D6212 | Puente fijo - metal noble fundido | \$495.00 |
| D6240 | Puente fijo - porcelana fundida con metal muy noble | \$523.00 |
| D6241 | Puente fijo - porcelana fundida con metal predominantemente básico | \$523.00 |
| D6242 | Puente fijo - porcelana fundida con metal noble | \$523.00 |
| D6245 | Puente fijo - porcelana/cerámica | \$560.00 |
| D6250 | Puente fijo - resina con metal muy noble | \$495.00 |
| D6251 | Puente fijo - resina con metal predominantemente básico | \$495.00 |
| D6252 | Puente fijo - resina con metal noble | \$495.00 |
| D6545 | Retenedor - metal fundido para prótesis fija adherida con resina | \$251.00 |
| D6548 | Retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina | \$393.00 |
| D6600 | Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, dos superficies | \$427.00 |
| D6601 | Retenedor - incrustación inlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más | \$445.00 |
| D6602 | Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, dos superficies | \$407.00 |
| D6603 | Retenedor - incrustación inlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más | \$425.00 |
| D6604 | Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies | \$407.00 |
| D6605 | Retenedor - incrustación inlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más | \$425.00 |
| D6606 | Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, dos superficies | \$407.00 |
| D6607 | Retenedor - incrustación inlay de metal noble fundido, tres superficies o más | \$425.00 |



Dominion National Select Plan 703x

NEW JERSEY

| | | |
|-------|---|----------|
| D6608 | Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, dos superficies | \$479.00 |
| D6609 | Retenedor - incrustación onlay de porcelana/cerámica, tres superficies o más | \$499.00 |
| D6610 | Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, dos superficies | \$458.00 |
| D6611 | Retenedor - incrustación onlay de metal muy noble fundido, tres superficies o más | \$524.00 |
| D6612 | Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, dos superficies | \$458.00 |
| D6613 | Retenedor - incrustación onlay de metal predominantemente básico fundido, tres superficies o más | \$524.00 |
| D6614 | Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, dos superficies | \$458.00 |
| D6615 | Retenedor - incrustación onlay de metal noble fundido, tres superficies o más | \$524.00 |
| D6720 | Retenedor - corona de resina con metal muy noble | \$495.00 |
| D6721 | Retenedor - corona de resina con metal predominantemente básico | \$495.00 |
| D6722 | Retenedor - corona de resina con metal noble | \$495.00 |
| D6740 | Retenedor - corona de porcelana/cerámica | \$560.00 |
| D6750 | Retenedor - corona de porcelana fundida con metal muy noble | \$523.00 |
| D6751 | Retenedor - corona de porcelana fundida con metal predominantemente básico | \$523.00 |
| D6752 | Retenedor - corona de porcelana fundida con metal noble | \$523.00 |
| D6780 | Retenedor - corona ¾ de metal muy noble fundido | \$470.00 |
| D6781 | Retenedor - corona ¾ de metal predominantemente básico fundido | \$470.00 |
| D6782 | Retenedor - corona ¾ de metal noble fundido | \$470.00 |
| D6783 | Retenedor - corona ¾ de porcelana/cerámica | \$511.00 |
| D6790 | Corona de anclaje - completa de metal muy noble fundido | \$495.00 |
| D6791 | Retenedor - corona completa de metal predominantemente básico fundido | \$495.00 |
| D6792 | Retenedor - corona completa de metal noble fundido | \$495.00 |
| D6930 | Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija | \$69.00 |
| D6970 | Poste y muñón, además de retenedor de dentadura postiza parcial fija | \$185.00 |
| D6972 | Poste y muñón prefabricados, además de retenedor de dentadura postiza parcial fija | \$154.00 |
| D6973 | Ampliación de muñón para retenedor, incluye pernos | \$125.00 |
| D6975 | Tapón - metal | \$325.00 |
| D6976 | Cada poste adicional de fabricación indirecta - en el mismo diente | \$130.00 |
| D6977 | Cada poste adicional prefabricado - en el mismo diente | \$60.00 |
| D6980 | Reparación de dentaduras postizas parciales fijas, necesaria por falla del material de restauración | \$172.00 |

| | | |
|-------|---|----------|
| D6980 | Reparación de dentaduras postizas parciales fijas, necesaria por falla del material de restauración | \$172.00 |
|-------|---|----------|

| Servicios generales complementarios | | El afiliado paga |
|-------------------------------------|--|------------------|
| D9110 | Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental - procedimiento menor | \$43.00 |
| D9210 | Anestesia local sin procedimientos operativos o quirúrgicos | \$0.00 |
| D9211 | Anestesia por bloqueo regional | \$0.00 |
| D9212 | Anestesia por bloqueo de división del nervio trigémino | \$0.00 |
| D9215 | Anestesia local asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos | \$0.00 |
| D9220 | Sedación profunda/anestesia general - primeros 30 min. | \$205.00 |
| D9221 | Sedación profunda/anestesia general - cada 15 min. adicionales | \$103.00 |
| D9230 | Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis | \$37.00 |
| D9241 | Sedación/analgesia intravenosa consciente - primeros 30 min. | \$205.00 |
| D9242 | Sedación/analgesia intravenosa consciente - cada 15 min. adicionales | \$103.00 |
| D9310 | Consulta - servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no es el dentista o médico solicitante | \$43.00 |
| D9910 | Aplicación de medicamento desensibilizante | \$31.00 |
| D9930 | Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas) - circunstancias inusuales, por informe | \$43.00 |
| D9990 | Cita al consultorio incumplida | \$50.00 |

| Endodoncia ¹ | | El afiliado paga |
|-------------------------|--|------------------|
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final) - extracción de la pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento | \$81/\$89 |
| D3221 | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes | \$94/\$103 |
| D3310 | Tratamiento endodóntico - diente anterior (no incluye restauración final) | \$341/\$375 |
| D3320 | Tratamiento endodóntico - diente premolar (no incluye restauración final) | \$418/\$460 |
| D3330 | Tratamiento endodóntico - diente molar (no incluye restauración final) | \$512/\$563 |
| D3333 | Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente | \$105/\$116 |
| D3346 | Repetición de tratamiento de conducto radicular previo - anterior - 1 por diente cada 2 años | \$387/\$426 |
| D3347 | Repetición de tratamiento de conducto radicular previo - premolar - 1 por diente cada 2 años | \$465/\$512 |
| D3348 | Repetición de tratamiento de conducto radicular previo - molar - 1 por diente cada 2 años | \$558/\$614 |
| D3410 | Apicectomía - anterior | \$323/\$355 |
| D3421 | Apicectomía - premolar (primera raíz) | \$364/\$400 |
| D3425 | Apicectomía - molar (primera raíz) | \$418/\$460 |
| D3426 | Apicectomía (cada raíz adicional) | \$152/\$167 |



| | | |
|-------|--|-------------|
| D3430 | Empaste retrógrado - por raíz | \$119/\$131 |
| D3450 | Amputación radicular, por raíz | \$234/\$257 |
| D3920 | Hemisección (incluida la extracción de raíz), no se incluye el tratamiento de conducto | \$234/\$257 |
| D3950 | Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado | \$136/\$150 |

Periodoncia¹
(Cirugía periodontal, incluido el material asociado, cubierta 1 vez cada 36 meses por cuadrante o sitio quirúrgico)

El afiliado paga

| | | |
|-------|--|-------------|
| D0180 | Evaluación periodontal integral - paciente nuevo o habitual | \$36/\$40 |
| D4210 | Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | \$279/\$307 |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | \$100/\$110 |
| D4240 | Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | \$345/\$380 |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular - uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes consecutivos por cuadrante | \$106/\$117 |
| D4260 | Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentes, por cuadrante | \$499/\$549 |
| D4261 | Cirugía ósea (incluye elevación de un colgajo consistente y cierre) - de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentes, por cuadrante | \$392/\$431 |
| D4268 | Procedimiento quirúrgico de revisión, por diente | \$358/\$394 |
| D4274 | Procedimiento de acuñamiento distal/mesial, un solo diente (no asociado con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica) | \$308/\$339 |
| D4341 | Alisado y raspado radicular periodontal - cuatro o más dientes por cuadrante - 1 por cuadrante cada 24 meses | \$109/\$120 |
| D4342 | Alisado y raspado radicular periodontal - uno a tres dientes por cuadrante - 1 por cuadrante cada 24 meses | \$63/\$69 |
| D4355 | Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación oral integral y diagnóstico en una consulta posterior - 1 de por vida | \$89/\$98 |
| D4381 | Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente - 1 por diente para tres dientes por cuadrante o un total de 12 dientes para los cuatro cuadrantes cada 12 meses. Debe tener profundidades de bolsa de cinco (5) milímetros o más. | \$98/\$108 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal - 2 por año calendario, dentro de los 24 meses siguientes al tratamiento periodontal definitivo | \$74/\$81 |
| D9940 | Protector oclusal, por informe | \$272/\$299 |

| | | |
|-------|---------------------------------|-------------|
| D9950 | Análisis oclusal - caso montado | \$104/\$114 |
| D9951 | Ajuste oclusal - limitado | \$66/\$73 |
| D9952 | Ajuste oclusal - completo | \$266/\$293 |

Cirugía oral¹

El afiliado paga

| | | |
|-------|---|-------------|
| D7111 | Extracción, remanentes coronarios - diente primario | \$56/\$62 |
| D7140 | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o con pinzas) | \$69/\$79 |
| D7210 | Extracción, diente erupcionado que requiere extracción del hueso o seccionamiento del diente, e incluye elevación del colgajo mucoperióstico si se indica | \$133/\$146 |
| D7220 | Extracción de diente impactado - tejido blando | \$151/\$166 |
| D7230 | Extracción de diente impactado - parcialmente osificado | \$196/\$216 |
| D7240 | Extracción de diente impactado - totalmente osificado | \$241/\$265 |
| D7241 | Extracción de diente impactado - completamente osificado, con complicaciones quirúrgicas inusuales | \$217/\$239 |
| D7250 | Extracción de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión) | \$141/\$155 |
| D7270 | Reimplante o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado | \$226/\$249 |
| D7280 | Exposición de un diente no erupcionado | \$153/\$168 |
| D7291 | Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe | \$60/\$66 |
| D7310 | Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$141/\$155 |
| D7320 | Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios interdentes, por cuadrante | \$141/\$155 |
| D7510 | Incisión y drenaje de abscesos - tejido intraoral blando | \$96/\$106 |
| D7960 | Frenulectomía (también conocida como frenectomía o frenotomía) - procedimiento separado no relacionado con otro procedimiento | \$263/\$289 |

Ortodoncia²

El afiliado paga

| | | |
|---------------|---|------------------|
| D8070 | Tratamiento de ortodoncia integral de dientes transitorios | \$3,304.00 |
| D8080 | Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes | \$3,422.00 |
| D8090 | Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adultos | \$3,658.00 |
| D8660 | Exploración previa al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo | \$413.00 |
| D8670 | Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia | \$118.00 |
| D8680 | Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor[es]) | \$413.00 |
| D8010 - D8050 | Tratamiento de fase I | 15% de descuento |

¹El cuidado de especialidad se brinda al copago listado, ya sea que lo realice un dentista general participante o un especialista participante. Los referidos a un especialista deben ser realizados por el dentista general participante del afiliado. Si el procedimiento enumerado contiene (/), el segundo cargo enumerado representa el copago para el especialista después del referido. Consulte la Exclusión n.º 13 del plan.



Exclusiones del plan

1. Servicios que están cubiertos por Medicare, compensación laboral, leyes de responsabilidad del empleador o la Ley de responsabilidad financiera de vehículos motorizados de Pennsylvania (solo para titulares de pólizas de Pennsylvania).
2. Servicios que, en opinión del dentista tratante, no son necesarios para la salud dental del paciente.
3. Odontología cosmética, electiva o estética, excepto cuando sea necesario debido a una lesión corporal accidental en dientes naturales sanos.
4. Cirugía oral que requiere la reparación de fracturas o dislocaciones.
5. Servicios con respecto a tumores malignos, quistes o neoplasmas, prognatismo hereditario, congénito, anodóctico o mandibular o malformaciones del desarrollo cuando, en opinión del dentista participante, dichos servicios no deban realizarse en un consultorio dental.
6. Despacho de medicamentos.
7. Hospitalización por cualquier procedimiento dental.
8. Tratamiento requerido para afecciones que sean resultado de desastres graves, epidemias, guerras, actos de guerra, ya sea declarada o no declarada, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación.
9. Reemplazo debido a la pérdida o el robo de una prótesis.
10. Procedimientos no enumerados como beneficios cubiertos por este plan.
11. Servicios obtenidos fuera del consultorio dental en el que esté inscrito y que no estén previamente autorizados por dicho consultorio o por Dominion Dental Services, Inc. (a excepción de servicios dentales en casos de emergencia fuera del área).
12. Servicios relacionados con el tratamiento de TMD (trastorno temporomandibular).
13. Servicios relacionados con procedimientos de tal grado de complejidad que normalmente no los realiza un dentista general participante. Los copagos anteriores no se aplican cuando los servicios son brindados por un especialista participante (a excepción de la ortodoncia). Los especialistas participantes, si están disponibles, han celebrado un acuerdo con Dominion Dental Services para brindar servicios dentales a los afiliados con una reducción del 25% de sus cargos usuales, habituales y razonables. En Delaware, los especialistas participantes ofrecerán una reducción de sus cargos usuales, habituales y razonables que variará entre especialistas.
14. Cirugía electiva, lo que incluye, entre otras cosas, la extracción de dientes impactados asintomáticos no patológicos.
15. El sistema Invisalign y aparatos de ortodoncia especializados similares no constituyen un beneficio cubierto. Los copagos del paciente se aplicarán a la parte de servicios rutinarios de aparatos de ortodoncia únicamente. Los costos adicionales incurridos serán responsabilidad del paciente.

Limitaciones del plan

1. Se cubren dos (2) evaluaciones por año calendario, incluido un máximo de una (1) evaluación integral.
2. Se cubre un (1) examen centrado en un problema por año calendario.
3. Se cubren dos (2) limpiezas dentales (profilaxis) por año calendario (se cubre una limpieza adicional durante el embarazo y para pacientes con diabetes).
4. Se cubre una (1) aplicación de flúor tópico o barniz de flúor por año calendario.
5. Se cubren dos (2) radiografías de mordida por año calendario.
6. Se cubre un (1) juego de radiografías orales completas o radiografía panorámica cada tres (3) años.
7. Se cubre un (1) sellador o restauración preventiva con base de resina por diente de por vida, hasta los 16 años (limitado al primer y segundo molar permanentes).
8. Se cubre el reemplazo de un empaste si se realiza más de dos (2) años después de la fecha de colocación original.
9. Se cubre el reemplazo de un puente, corona o dentadura postiza si se hace más de siete (7) años después de la fecha de colocación original.
10. Los cargos por corona y puente se aplican al tratamiento que involucra cinco unidades o menos cuando se presenta en un plan de tratamiento único. Las unidades adicionales de corona o puente, a partir de la sexta unidad, están disponibles a los cargos usuales, habituales y razonables del proveedor, menos el 25%.
11. Se cubren el revestimiento y el rebasado de dentaduras postizas una vez cada 24 meses.
12. Se cubre la repetición de tratamiento de conducto radicular si se realiza más de dos (2) años después del tratamiento original.
13. Se cubre el alisado o raspado radicular una vez cada 24 meses por cuadrante.
14. Se cubre el desbridamiento de la boca completa una vez de por vida.
15. El código de procedimiento D4381 se limita a un (1) beneficio por diente para tres dientes por cuadrante o un total de 12 dientes para los cuatro cuadrantes por doce (12) meses. Debe tener profundidades de cavidad de cinco (5) milímetros o más.
16. Se cubre la cirugía periodontal de cualquier tipo, incluido cualquier material asociado, una vez cada 36 meses por cuadrante o sitio quirúrgico.
17. Se cubre mantenimiento periodontal después de la terapia activa dos veces por año calendario, dentro de los 24 meses posteriores a la terapia periodontal definitiva.

Dominion Dental Services, Inc. considera válidos únicamente los códigos ADA CDT actuales.

Planes dentales Dominion National suscritos por Dominion Dental Services, Inc. (DDSI) y administrados por Humana Insurance Company.

Current Dental Terminology © 2024 American Dental Association. Todos los derechos reservados.