

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
<b>SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO</b>		
D0120*	EVALUACIÓN BUCAL PERIÓDICA, PACIENTE ESTABLECIDO	\$0
D0140	EVALUACIÓN BUCAL LIMITADA - CENTRADA EN EL PROBLEMA	\$0
D0145*	EVALUACIÓN BUCAL DE PACIENTE MENOR DE 3 AÑOS Y ASESORAMIENTO	\$0
D0150*	EVALUACIÓN BUCAL COMPLETA - PACIENTE NUEVO/ESTABLECIDO	\$0
D0160*	EVALUACIÓN BUCAL DETALLADA Y EXHAUSTIVA - CENTRADA EN EL PROBLEMA, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$0
D0170	REEVALUACIÓN - LIMITADA CENTRADA EN EL PROBLEMA	\$0
D0171	REEVALUACIÓN - VISITA POSOPERATORIA AL CONSULTORIO	\$0
D0180*	EVALUACIÓN PERIODONTAL COMPLETA - PACIENTE NUEVO/ESTABLECIDO	\$0
D0210*	INTRABUCAL - SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0
D0220	INTRABUCAL - PRIMERA IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL	\$4
D0230	CADA IMAGEN RADIOGRÁFICA INTRABUCAL PERIAPICAL ADICIONAL	\$2
D0240	INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA OCLUSAL	\$0
D0250	IMAGEN RADIOGRÁFICA CON PROYECCIÓN BIDIMENSIONAL - EXTRABUCAL	\$0
D0251*	EXTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA DENTAL POSTERIOR	\$0
D0270*	ALETA DE MORDIDA - UNA SOLA IMAGEN RADIOGRÁFICA	\$0
D0272*	ALETA DE MORDIDA - DOS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0
D0273*	ALETA DE MORDIDA - TRES IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0
D0274*	ALETA DE MORDIDA - CUATRO IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0
D0277*	ALETA DE MORDIDA VERTICAL - DE 7 A 8 IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$20
D0310	RADIOGRAFÍAS - SIALOGRAFÍA	\$150
D0320	ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ) - INCLUYE INYECCIÓN	\$250
D0321	OTRAS IMÁGENES RADIOGRÁFICAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	\$150
D0322	ESTUDIO TOMOGRÁFICO	\$150
D0330*	IMAGEN RADIOGRÁFICA PANORÁMICA	\$35
D0340	IMAGEN RADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA BIDIMENSIONAL - TOMA, MEDICIÓN Y ANÁLISIS	\$75
D0350	IMAGEN FOTOGRAFICA BIDIMENSIONAL BUCAL/FACIAL INTRA O EXTRABUCAL	\$20
D0364*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (CT) DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO - MENOS DE UNA MANDÍBULA COMPLETA	\$140
D0365*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO DE UN ARCO DENTAL COMPLETO DE MAXILAR INFERIOR	\$130
D0366*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO DE UN ARCO DENTAL COMPLETO DE MAXILAR SUPERIOR	\$130
D0367*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE AMBOS MAXILARES	\$175
D0368*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO PARA SERIE DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ) CON DOS O MÁS EXPOSICIONES	\$130
D0369*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE IMÁGENES POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) MAXILOFACIAL	\$180
D0370*	CAPTURA E INTERPRETACIÓN DE ECOGRAFÍA MAXILOFACIAL	\$160
D0371*	SIALOENDOSCOPIA Y CAPTURA E INTERPRETACIÓN	\$160
D0372	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS	\$0
D0373	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA DE ALETA DE MORDIDA	\$0
D0374	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL	\$4
D0380*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN LIMITADO DE MENOS DE UNA MANDÍBULA COMPLETA	\$140
D0381*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE UN ARCO DENTAL COMPLETO - MAXILAR INFERIOR	\$130
D0382*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE UN ARCO DENTAL COMPLETO - MAXILAR SUPERIOR	\$130
D0383*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO CON CAMPO DE VISIÓN DE AMBOS MAXILARES	\$175
D0384*	CAPTURA DE IMAGEN DE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CÓNICO PARA SERIE DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON DOS O MÁS EXPOSICIONES	\$130
D0385*	CAPTURA DE IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI) MAXILOFACIAL	\$160
D0386*	CAPTURA DE IMAGEN POR ECOGRAFÍA MAXILOFACIAL	\$160
D0387	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS - SOLO CAPTURA DE IMÁGENES	\$0

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D0388	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA DE ALETA DE MORDIDA - SOLO CAPTURA DE IMÁGENES	\$0
D0389	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL - IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL - SOLO CAPTURA DE IMÁGENES	\$4
D0393*	SIMULACIÓN VIRTUAL DE TRATAMIENTO MEDIANTE EXPLORACIÓN DE SUPERFICIE O VOLUMEN DE IMAGEN TRIDIMENSIONAL	\$0
D0394*	SUSTRACCIÓN DIGITAL DE IMÁGENES	\$0
D0395*	FUSIÓN DE DOS O MÁS IMÁGENES TRIDIMENSIONALES	\$0
D0415	TOMA DE MUESTRAS DE MICROORGANISMOS, CULTIVO Y SENSIBILIDAD	\$0
D0425	PRUEBAS PARA DETECTAR PROPENSIÓN A CARIES	\$0
D0431	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS AL DIAGNÓSTICO, SIN INCLUIR PROCEDIMIENTO DE CITOLOGÍA/BIOPSIA	\$65
D0460	PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR	\$0
D0470	MOLDES PARA DIAGNÓSTICO	\$0
D0472	TOMA DE TEJIDO, EXAMEN MACROSCÓPICO - PREPARACIÓN E INFORME	\$0
D0473	TOMA DE TEJIDO, MICRO Y MACROSCÓPICO - PREPARACIÓN/INFORME	\$0
D0474	TOMA DE TEJIDO, MICRO Y MACROSCÓPICO, BORDES QUIRÚRGICOS, PREPARACIÓN/INFORME	\$0
D0480	ELABORACIÓN E INTERPRETACIÓN DE FROTIS CITOLÓGICOS EXFOLIATIVOS, INCLUIDA LA PREPARACIÓN Y TRANSMISIÓN DE INFORME ESCRITO	\$0
D0486	TOMA DE MUESTRA CITOLÓGICA TRANSEPIHELIAL, EXAMEN MICROSCÓPICO, PREPARACIÓN Y TRANSMISIÓN DEL INFORME ESCRITO	\$0
D0502	OTROS PROCEDIMIENTOS DE PATOLOGÍA BUCAL	\$0
D0600	PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO NO IONIZANTE CAPAZ DE CUANTIFICAR, MONITOREAR Y REGISTRAR CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DEL ESMALTE, LA DENTINA Y EL CEMENTO DENTAL	\$0
D0601	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES, BAJO	\$0
D0602	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES, MODERADO	\$0
D0603	EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE RIESGO DE CARIES, ALTO	\$0
D0701*	IMAGEN RADIOGRÁFICA PANORÁMICA - SOLO CAPTURA DE IMAGEN	\$35
D0702*	IMAGEN RADIOGRÁFICA CEFALOMÉTRICA BIDIMENSIONAL - CAPTURA DE IMAGEN SOLAMENTE	\$75
D0703*	FOTOGRAFÍA BIDIMENSIONAL BUCAL O FACIAL INTRA O EXTRABUCAL - CAPTURA DE IMAGEN SOLAMENTE	\$20
D0705*	RADIOGRAFÍA DENTAL EXTRABUCAL POSTERIOR - CAPTURA DE IMAGEN SOLAMENTE	\$0
D0706*	RADIOGRAFÍA INTRABUCAL OCLUSAL - CAPTURA DE IMAGEN SOLAMENTE	\$0
D0707*	IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL - INTRABUCAL - CAPTURA DE IMAGEN SOLAMENTE	\$2
D0708*	RADIOGRAFÍA INTRABUCAL DE ALETA DE MORDIDA - CAPTURA DE IMAGEN SOLAMENTE	\$0
D0709*	SERIE COMPLETA DE IMÁGENES RADIOGRÁFICAS - INTRABUCAL - SOLO CAPTURA DE IMÁGENES	\$0
D0801	EXPLORACIÓN DE SUPERFICIE DENTAL TRIDIMENSIONAL - DIRECTA	\$0
D0802	EXPLORACIÓN DE SUPERFICIE DENTAL TRIDIMENSIONAL - INDIRECTA	\$0
D0803	EXPLORACIÓN DE SUPERFICIE FACIAL TRIDIMENSIONAL - DIRECTA	\$0
D0804	EXPLORACIÓN DE SUPERFICIE FACIAL TRIDIMENSIONAL - INDIRECTA	\$0
<b>SERVICIOS PREVENTIVOS</b>		
D1110*	PROFILAXIS - ADULTOS	\$0
D1110*	- PROFILAXIS - ADULTO 1 PROFILAXIS ADICIONAL DENTRO DE LOS 6 MESES	\$15
D1120*	PROFILAXIS - HIJO	\$0
D1120*	- PROFILAXIS - HIJO 1 PROFILAXIS ADICIONAL DENTRO DE LOS 6 MESES	\$15
D1206*	BARNIZ TÓPICO DE FLUORURO	\$5
D1208*	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO - EXCLUYE BARNIZ	\$0
D1310	ASESORAMIENTO NUTRICIONAL PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DENTALES	\$0
D1320	ASESORAMIENTO SOBRE TABAQUISMO PARA CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES BUCALES	\$0
D1330	INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL	\$0
D1351*	SELLADOR - POR CADA DIENTE	\$0
D1352*	RESTAURACIÓN PREVENTIVA CON RESINA EN PACIENTE CON RIESGO DE CARIES MODERADO O ALTO - DIENTE PERMANENTE	\$0
D1353	REPARACIÓN DE SELLADOR - POR CADA DIENTE	\$0
D1354*	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO PARA DETENER LAS CARIES - POR CADA DIENTE	\$20
D1355	APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PREVENIR LA CARIES - POR CADA DIENTE	\$20
D1510*	MANTENEDOR DE ESPACIO - FIJO, UNILATERAL POR CADA CUADRANTE	\$0
D1516*	MANTENEDOR DE ESPACIO - FIJO - BILATERAL, MAXILAR	\$0
D1517*	MANTENEDOR DE ESPACIO - FIJO - BILATERAL, MANDIBULAR	\$0
D1520*	MANTENEDOR DE ESPACIO - EXTRAÍBLE - UNILATERAL POR CADA CUADRANTE	\$0
D1526*	MANTENEDOR DE ESPACIO - EXTRAÍBLE - BILATERAL, MAXILAR	\$0

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D1527*	MANTENEDOR DE ESPACIO - EXTRAÍBLE - BILATERAL, MANDIBULAR	\$0
D1551	FIJACIÓN/RECEMENTACIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO BILATERAL - MAXILAR	\$10
D1552	FIJACIÓN/RECEMENTACIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO BILATERAL - MANDIBULAR	\$10
D1553	FIJACIÓN/RECEMENTACIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO UNILATERAL POR CADA CUADRANTE	\$10
D1556	EXTRACCIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO UNILATERAL FIJO POR CADA CUADRANTE	\$10
D1557	EXTRACCIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO BILATERAL FIJO - MAXILAR	\$10
D1558	EXTRACCIÓN DE MANTENEDOR DE ESPACIO BILATERAL FIJO - MANDIBULAR	\$10
D1575	MANTENEDOR DE ESPACIO EN ZAPATA DISTAL - FIJO, UNILATERAL POR CADA CUADRANTE	\$0
<b>SERVICIOS RESTAURATIVOS</b>		
D2140	AMALGAMA - UNA SUPERFICIE, DIENTE PRIMARIO/PERMANENTE	\$0
D2150	AMALGAMA - DOS SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO/PERMANENTE	\$0
D2160	AMALGAMA - 3 SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO/PERMANENTE	\$0
D2161	AMALGAMA - CUATRO/MÁS SUPERFICIES, DIENTE PRIMARIO/PERMANENTE	\$0
D2330	COMPUESTO DE RESINA - UNA SUPERFICIE, DIENTE ANTERIOR	\$20
D2331	COMPUESTO DE RESINA - 2 SUPERFICIES, DIENTE ANTERIOR	\$32
D2332	COMPUESTO DE RESINA - 3 SUPERFICIES, DIENTE ANTERIOR	\$40
D2335	COMPUESTO DE RESINA - 4/MÁS SUPERFICIES/CON ÁNGULO INCISAL	\$70
D2390	CORONA DE COMPUESTO DE RESINA, DIENTE ANTERIOR	\$100
D2391	COMPUESTO DE RESINA - 1 SUPERFICIE, DIENTE POSTERIOR	\$45
D2392	COMPUESTO DE RESINA - 2 SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$65
D2393	COMPUESTO DE RESINA - 3 SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$80
D2394	COMPUESTO DE RESINA - 4/MÁS SUPERFICIES, DIENTE POSTERIOR	\$95
D2410	ORO LAMINADO - UNA SUPERFICIE	\$65
D2420	ORO LAMINADO - DOS SUPERFICIES	\$90
D2430	ORO LAMINADO - TRES SUPERFICIES	\$120
D2510	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - METÁLICA - UNA SUPERFICIE	\$80
D2520	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - METÁLICA - DOS SUPERFICIES	\$90
D2530	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - METÁLICA - 3/MÁS SUPERFICIES	\$115
D2542	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - METÁLICA - DOS SUPERFICIES	\$250
D2543	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - METÁLICA - TRES SUPERFICIES	\$270
D2544	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - METÁLICA - CUATRO O MÁS SUPERFICIES	\$290
D2610	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - PORCELANA/CERÁMICA - 1 SUPERFICIE	\$225*
D2620	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - PORCELANA/CERÁMICA - 2 SUPERFICIES	\$250*
D2630	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - PORCELANA/CERÁMICA - 3/MÁS SUPERFICIES	\$275*
D2642	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - PORCELANA/CERÁMICA - 2 SUPERFICIES	\$310*
D2643	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - PORCELANA/CERÁMICA - 3 SUPERFICIES	\$340*
D2644	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - PORCELANA/CERÁMICA - 4/MÁS SUPERFICIES	\$350*
D2650	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - COMPUESTO DE RESINA - 1 SUPERFICIE	\$180
D2651	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - COMPUESTO DE RESINA - 2 SUPERFICIES	\$200
D2652	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY - COMPUESTO DE RESINA - 3/MÁS SUPERFICIES	\$250
D2662	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - COMPUESTO DE RESINA - 2 SUPERFICIES	\$225
D2663	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - COMPUESTO DE RESINA - 3 SUPERFICIES	\$245
D2664	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY - COMPUESTO DE RESINA - 4/MÁS SUPERFICIES	\$275
D2710*	CORONA - COMPUESTO DE RESINA INDIRECTO	\$195
D2712*	CORONA - 3/4 DE COMPUESTO DE RESINA INDIRECTO	\$195
D2720*	CORONA - RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$195*
D2721*	CORONA - RESINA CON METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$195*
D2722*	CORONA - RESINA CON METAL NOBLE	\$195*
D2740*	CORONA - SUSTRATO DE PORCELANA/CERÁMICA	\$195*
D2750*	CORONA - PORCELANA FUSIONADA A METAL MUY NOBLE	\$195*
D2751*	CORONA - PORCELANA FUSIONADA A METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$195*
D2752*	CORONA - PORCELANA FUSIONADA A METAL NOBLE	\$195*
D2753*	CORONA - PORCELANA FUSIONADA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$195*
D2780*	CORONA - 3/4 DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$195*
D2781*	CORONA - 3/4 DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$195*

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D2782*	CORONA - 3/4 DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$195*
D2783*	CORONA - 3/4 DE PORCELANA/CERÁMICA	\$195*
D2790*	CORONA - COMPLETA DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$195*
D2791*	CORONA - COMPLETA DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$195*
D2792*	CORONA - COMPLETA DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$195*
D2794*	CORONA - TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$195*
D2799*	CORONA PROVISORIA - TRATAMIENTO ADICIONAL/FINALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ANTES DE LA IMPRESIÓN FINAL	\$125
D2910	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE INCRUSTACIÓN TIPO INLAY U ONLAY, CARILLA DENTAL O RESTAURACIÓN DE COBERTURA PARCIAL	\$10
D2915	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE PERNO Y MUÑÓN FABRICADOS INDIRECTAMENTE O PREFABRICADOS	\$10
D2920	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE CORONA	\$10
D2921	READHESIÓN DE FRAGMENTO DE DIENTE	\$10
D2928*	CORONA DE PORCELANA/CERÁMICA PREFABRICADA - DIENTE PERMANENTE	\$34*
D2929*	CORONA DE PORCELANA PREFABRICADA - DIENTE PRIMARIO	\$34*
D2930	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA - DIENTE PRIMARIO	\$35
D2931	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA - DIENTE PERMANENTE	\$40
D2932	CORONA DE RESINA PREFABRICADA	\$90
D2933	CORONA DE ACERO INOXIDABLE PREFABRICADA CON VENTANA DE RESINA	\$135
D2940	EMPASTE DENTAL SEDANTE	\$5
D2941	RESTAURACIÓN TERAPÉUTICA PROVISORIA - DENTICIÓN PRIMARIA	\$5
D2949	BASE DE RESTAURACIÓN PARA UNA RESTAURACIÓN INDIRECTA	\$20
D2950	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑÓN, INCLUYE ESPIGAS	\$35
D2951	RETENCIÓN DE ESPIGA - POR CADA DIENTE, ADEMÁS DE RESTAURACIÓN	\$10
D2952	PERNO Y MUÑÓN, ADEMÁS DE CORONA, FABRICACIÓN INDIRECTA	\$80
D2953	CADA PERNO ADICIONAL FABRICADO INDIRECTAMENTE, MISMO DIENTE	\$95
D2954	PERNO Y MUÑÓN PREFABRICADOS, ADEMÁS DE CORONA	\$75
D2955	EXTRACCIÓN DE PERNO	\$20
D2957	CADA PERNO ADICIONAL PREFABRICADO - MISMO DIENTE	\$30
D2960	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE RESINA) - DIRECTO	\$200
D2961	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE RESINA) - INDIRECTO	\$225*
D2962	CARILLA LABIAL (LAMINADO DE PORCELANA) - INDIRECTO	\$350*
D2971	PROCEDIMIENTO ADICIONAL, CORONA A MEDIDA PARA ENCAJAR DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	\$45
D2975	ESTRUCTURA DE SOPORTE	\$95
D2980	REPARACIÓN DE CORONA	\$95
D2981	REPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN TIPO INLAY	\$95
D2982	REPARACIÓN DE INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY	\$95
D2983	REPARACIÓN DE CARILLA DENTAL	\$95
D2990	INFILTRACIÓN DE RESINA EN LESIONES SUPERFICIALES LISAS E INCIPIENTES	\$29
<b>SERVICIOS DE ENDODONCIA</b>		
D3110	RECUBRIMIENTO PULPAR - DIRECTO	\$10
D3120	RECUBRIMIENTO PULPAR - INDIRECTO	\$10
D3220	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA - CORONAL EN UNIÓN DENTINOCEMENTAL	\$20
D3221	DESBRIDAMIENTO PULPAR, DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES	\$95
D3222	PULPOTOMÍA PARCIAL	\$75
D3230	TRATAMIENTO PULPAR - DIENTE PRIMARIO ANTERIOR	\$40
D3240	TRATAMIENTO PULPAR - DIENTE PRIMARIO POSTERIOR	\$40
D3310	DIENTE ANTERIOR	\$100
D3320	PREMOLAR	\$175
D3330	MOLAR	\$210
D3331	TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTO RADICULAR; ACCESO NO QUIRÚRGICO	\$85
D3332	TRATAMIENTO DE ENDODONCIA INCOMPLETO; DIENTE INOPERABLE NO RESTAURABLE/FRACTURADO	\$75
D3333	REPARACIÓN RADICULAR INTERNA DE DEFECTOS DE PERFORACIÓN	\$125
D3346	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO - DIENTE ANTERIOR	\$250
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO - PREMOLAR	\$285
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR PREVIO - MOLAR	\$350

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D3351	APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN - VISITA INICIAL	\$90
D3352	APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN - VISITA INTERMEDIA	\$90
D3353	APEXIFICACIÓN/RECALCIFICACIÓN - VISITA FINAL	\$90
D3410	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA - DIENTE ANTERIOR	\$96
D3421	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA - PREMOLAR	\$300
D3425	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA - MOLAR	\$150
D3426	APICECTOMÍA QUIRÚRGICA	\$75
D3428	INJERTO ÓSEO CON CIRUGÍA PERIRRADICULAR - POR CADA DIENTE	\$32
D3429	INJERTO ÓSEO CON CIRUGÍA PERIRRADICULAR - CADA DIENTE ADICIONAL	\$25
D3430	EMPASTE DENTAL RETRÓGRADO - POR CADA RAÍZ	\$55
D3431	MATERIALES BIOLÓGICOS PARA FAVORECER LA REGENERACIÓN DE TEJIDO BLANDO Y ÓSEO	\$150
D3432	REGENERACIÓN GUIADA DEL TEJIDO - BARRERA REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$150
D3450	AMPUTACIÓN DE RAÍZ - POR CADA RAÍZ	\$85
D3460	IMPLANTE ENDOÓSEO DE ENDODONCIA	\$535
D3470	REIMPLANTE INTENCIONAL (INCLUYE LA FERULIZACIÓN NECESARIA)	\$175
D3471	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA REABSORCIÓN RADICULAR - DIENTE ANTERIOR	\$96
D3472	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA REABSORCIÓN RADICULAR - PREMOLAR	\$300
D3473	REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA REABSORCIÓN RADICULAR - MOLAR	\$150
D3501	EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE SUPERFICIE RADICULAR SIN APICECTOMÍA O REPARACIÓN DE REABSORCIÓN RADICULAR - DIENTE ANTERIOR	\$96
D3502	EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE SUPERFICIE RADICULAR SIN APICECTOMÍA O REPARACIÓN DE REABSORCIÓN RADICULAR - PREMOLAR	\$96
D3503	EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE SUPERFICIE RADICULAR SIN APICECTOMÍA O REPARACIÓN DE REABSORCIÓN RADICULAR - MOLAR	\$96
D3910	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, AISLAR DIENTE CON DIQUE DE CAUCHO	\$95
D3920	HEMISECCIÓN, NO INCLUYE TRATAMIENTO DE CONDUCTO RADICULAR	\$80
D3921	DECORONACIÓN O INMERSIÓN DE UN DIENTE BROTADO	\$25
D3950	PREPARACIÓN DE CONDUCTO RADICULAR E INSERCIÓN DE CLAVIJA/PERNO PREFORMADO	\$75
<b>SERVICIOS DE PERIODONCIA</b>		
D4210	GINGIVECTOMÍA/GINGIVOPLASTIA, 4/MÁS DIENTES CONTIGUOS POR CADA CUADRANTE	\$175
D4211	GINGIVECTOMÍA/GINGIVOPLASTIA, 1-3 DIENTES CONTIGUOS POR CADA CUADRANTE	\$66
D4212	GINGIVECTOMÍA/GINGIVOPLASTIA CON PROCEDIMIENTO RESTAURATIVO POR CADA DIENTE	\$40
D4240	COLGAJO GINGIVAL, 4/MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS DENTALES DELIMITADOS POR CADA CUADRANTE	\$163
D4241	COLGAJO GINGIVAL, 1-3 DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS DENTALES DELIMITADOS POR CADA CUADRANTE	\$150
D4245	COLGAJO POSICIONADO APICALMENTE	\$150
D4249	ALARGAMIENTO DE CORONA CLÍNICA - TEJIDO DURO	\$175
D4260	CIRUGÍA ÓSEA, 4/MÁS DIENTES CONTIGUOS POR CADA CUADRANTE	\$375
D4261	CIRUGÍA ÓSEA, 1-3 DIENTES CONTIGUOS POR CADA CUADRANTE	\$325
D4263	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO - DIENTE NATURAL RETENIDO - PRIMER SITIO EN EL CUADRANTE	\$450
D4264	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO - DIENTE NATURAL RETENIDO - CADA SITIO ADICIONAL EN EL CUADRANTE	\$325
D4265	MATERIALES BIOLÓGICOS PARA FAVORECER LA REGENERACIÓN DE TEJIDO BLANDO Y ÓSEO, POR CADA SITIO	\$82
D4266	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, DIENTES NATURALES - BARRERA REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325
D4267	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, DIENTES NATURALES - BARRERA NO REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325
D4268	PROCEDIMIENTO DE CORRECCIÓN QUIRÚRGICA, POR CADA DIENTE	\$0
D4270	PROCEDIMIENTO DE INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO BLANDO	\$235
D4273	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO AUTÓGENO, PRIMER DIENTE	\$280
D4274	PROCEDIMIENTO DE CUÑA DISTAL O MESIAL, UN SOLO DIENTE (CUANDO NO SE REALIZA JUNTO CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA MISMA ZONA ANATÓMICA)	\$100
D4275	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO NO AUTÓGENO, PRIMER DIENTE	\$502
D4276	INJERTO PEDICULADO Y DE TEJIDO CONJUNTIVO COMBINADO, POR CADA DIENTE	\$65
D4277	PROCEDIMIENTO DE INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO LIBRE - PRIMER DIENTE	\$215
D4278	PROCEDIMIENTO DE INJERTO PEDICULADO DE TEJIDO LIBRE - DIENTE ADICIONAL	\$75
D4283	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO AUTÓGENO (INCLUYE SITIOS QUIRÚRGICOS DE DONANTE Y RECEPTOR) - CADA DIENTE CONTIGUO ADICIONAL, IMPLANTE O POSICIÓN DESDENTADA EN EL MISMO SITIO DEL INJERTO	\$250
D4285	PROCEDIMIENTO DE INJERTO DE TEJIDO CONJUNTIVO NO AUTÓGENO (INCLUYE SITIOS QUIRÚRGICOS DE DONANTE Y RECEPTOR) - CADA DIENTE CONTIGUO ADICIONAL, IMPLANTE O POSICIÓN DESDENTADA EN EL MISMO SITIO DEL INJERTO	\$392

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D4286	EXTRACCIÓN DE BARRERA NO REABSORBIBLE	\$20
D4322	FÉRULA INTRACORONAL; DIENTES NATURALES O CORONAS PROTÉSICAS	\$100
D4323	FÉRULA EXTRACORONAL; DIENTES NATURALES O CORONAS PROTÉSICAS	\$100
D4341*	ALISADO Y RASPADO SUBGINGIVAL, 4/MÁS DIENTES, POR CADA CUADRANTE	\$36t
D4342*	ALISADO Y RASPADO SUBGINGIVAL, 1 - 3 DIENTES	\$29t
D4346	RASPADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE - BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE EVALUACIÓN BUCAL	\$35
D4355*	DESTRIDAMIENTO DE LA BOCA COMPLETA, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PERIODONTALES COMPLETOS	\$35t
D4381*	ADMINISTRACIÓN LOCALIZADA DE AGENTES ANTIMICROBIANOS A TRAVÉS DE UN EXCIPIENTE DE LIBERACIÓN CONTROLADA EN EL TEJIDO CREVICULAR ENFERMO, POR CADA DIENTE	\$45t
D4910*	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	\$40
D4920	CAMBIO DE AÓSITO NO PROGRAMADO	\$20
D4921	IRRIGACIÓN GINGIVAL CON UN AGENTE MEDICINAL - POR CADA CUADRANTE	\$15
D4999	PROCEDIMIENTO PERIODONTAL NO ESPECIFICADO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$0
<b>SERVICIOS DE PROSTODONCIA, PRÓTESIS EXTRAÍBLES</b>		
D5110*	DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS - MAXILAR	\$210*
D5120*	DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS - MANDIBULAR	\$210*
D5130*	DENTADURAS POSTIZAS INMEDIATAS - MAXILAR	\$210*
D5140*	DENTADURAS POSTIZAS INMEDIATAS - MANDIBULAR	\$210*
D5211*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR - BASE DE RESINA	\$210*
D5212*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR - BASE DE RESINA	\$210*
D5213*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR - METAL FUNDIDO C/RESINA	\$220*
D5214*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR - METAL FUNDIDO C/RESINA	\$220*
D5221*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA - CON BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES)	\$230*
D5222*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA - BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES)	\$230*
D5223*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA - ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES)	\$240*
D5224*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA - ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ENGANCHE, APOYOS Y DIENTES).	\$240*
D5225*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE FLEXIBLE	\$220*
D5226*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE FLEXIBLE	\$220*
D5227*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA - BASE FLEXIBLE	\$230*
D5228*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA - BASE FLEXIBLE	\$230*
D5282*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE - MAXILAR	\$235*
D5283*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE - MANDIBULAR	\$235*
D5410	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA - MAXILAR	\$8
D5411	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA - MANDIBULAR	\$8
D5421	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL - MAXILAR	\$10
D5422	AJUSTE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL - MANDIBULAR	\$10
D5511*	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA QUEBRADA	\$15*
D5512*	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA QUEBRADA - MAXILAR	\$15*
D5520*	REEMPLAZO DE DIENTES FALTANTES/ROTOS - DENTADURA POSTIZA COMPLETA	\$10*
D5611*	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA - MANDIBULAR	\$15*
D5612*	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA - MAXILAR	\$15*
D5621*	REPARACIÓN DE ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO PARCIAL - MANDIBULAR	\$30*
D5622*	REPARACIÓN DE ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO PARCIAL - MAXILAR	\$30*
D5630*	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE GANCHO QUEBRADO - POR CADA DIENTE	\$15*
D5640*	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS - POR CADA DIENTE	\$10*
D5650*	ADICIÓN DE DIENTE A DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	\$30*
D5660*	ADICIÓN DE GANCHO A DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE - POR CADA DIENTE	\$30*
D5670*	REEMPLAZO DE TODOS LOS DIENTES Y EL ACRÍLICO DE LA ESTRUCTURA, MAXILAR	\$100*
D5671*	REEMPLAZO DE TODOS LOS DIENTES Y EL ACRÍLICO DE LA ESTRUCTURA, MANDIBULAR	\$100*
D5710*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA	\$75*
D5711*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA	\$75*
D5720*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	\$75*

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D5721*	REEMPLAZO DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	\$75*
D5725*	REEMPLAZO DE BASE DE PRÓTESIS HÍBRIDA	\$75*
D5730*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA (DIRECTO)	\$45*
D5731*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA (DIRECTO)	\$45*
D5740*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (DIRECTO)	\$45*
D5741*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (DIRECTO)	\$45*
D5750*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA (INDIRECTO)	\$35*
D5751*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA (INDIRECTO)	\$35*
D5760*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (INDIRECTO)	\$35*
D5761*	REBASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (INDIRECTO)	\$35*
D5765*	REBASADO BLANDO PARA DENTADURA POSTIZA COMPLETA O PARCIAL EXTRAÍBLE - INDIRECTO	\$69
D5810*	DENTADURA POSTIZA COMPLETA PROVISORIA (MAXILAR)	\$220*
D5811*	DENTADURA POSTIZA COMPLETA PROVISORIA (MANDIBULAR)	\$220*
D5820*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL PROVISIONAL, MAXILAR	\$220*
D5821*	DENTADURA POSTIZA PARCIAL PROVISIONAL, MANDIBULAR	\$220*
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO, MAXILAR	\$25
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO, MANDIBULAR	\$25
D5862	ACCESORIO DE PRECISIÓN, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$150
D5899	PROCEDIMIENTO DE PROSTODONCIA EN PRÓTESIS EXTRAÍBLE NO ESPECIFICADO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$0
<b>SERVICIOS PARA IMPLANTES</b>		
D6010*	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DEL CUERPO DEL IMPLANTE: IMPLANTE ENDÓSTICO	\$950
D6012*	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DEL CUERPO DEL IMPLANTE PROVISORIO PARA PRÓTESIS DE TRANSICIÓN: IMPLANTE ENDÓSTICO	\$950
D6056*	PILAR PREFABRICADO - INCLUYE COLOCACIÓN Y MODIFICACIÓN	\$385
D6057*	PILAR FABRICADO A MEDIDA - INCLUYE COLOCACIÓN	\$495
D6058*	CORONA DE PORCELANA/CERÁMICA SOBRE PILAR	\$695
D6059*	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA A METAL (MUY NOBLE) SOBRE PILAR	\$695
D6060*	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA A METAL (PREDOMINANTEMENTE COMÚN) SOBRE PILAR	\$695
D6061*	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA A METAL (NOBLE) SOBRE PILAR	\$695
D6062*	CORONA DE METAL FUNDIDO (MUY NOBLE) SOBRE PILAR	\$695
D6063*	CORONA DE METAL FUNDIDO (PREDOMINANTEMENTE COMÚN) SOBRE PILAR	\$695
D6064*	CORONA DE METAL FUNDIDO (NOBLE) SOBRE PILAR	\$695
D6065*	CORONA DE PORCELANA/CERÁMICA SOBRE IMPLANTE	\$695
D6066*	CORONA SOBRE IMPLANTE - PORCELANA FUSIONADA A ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$695
D6067*	CORONA SOBRE IMPLANTE - ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$695
D6068*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA/CERÁMICA	\$695
D6069*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUSIONADA A METAL (MUY NOBLE)	\$695
D6070*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUSIONADA A METAL (PREDOMINANTEMENTE COMÚN)	\$695
D6071*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE PORCELANA FUSIONADA A METAL (NOBLE)	\$695
D6072*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (MUY NOBLE)	\$695
D6073*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (PREDOMINANTEMENTE COMÚN)	\$695
D6074*	RETENEDOR SOBRE PILAR PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL FUNDIDO (NOBLE)	\$695
D6075*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE CERÁMICA	\$695
D6076*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA - PORCELANA FUSIONADA A ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$695
D6077*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL - ALEACIONES DE METAL MUY NOBLE	\$695
D6080	PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE IMPLANTE CUANDO SE RETIRAN Y REINSERTAN PRÓTESIS, INCLUYE LA LIMPIEZA DE PRÓTESIS Y PILARES	\$180
D6081	ALISADO Y DESBRIDAMIENTO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN O MUCOSITIS DE UN SOLO IMPLANTE, INCLUIDA LA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES DEL IMPLANTE, SIN APERTURA NI CIERRE DE COLGAJO	\$36t
D6082*	CORONA SOBRE IMPLANTE - PORCELANA FUSIONADA A ALEACIÓN PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$695
D6083*	CORONA SOBRE IMPLANTE - PORCELANA FUSIONADA A ALEACIONES DE METAL NOBLE	\$695
D6084*	CORONA SOBRE IMPLANTE-PORCELANA FUSIONADA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$695
D6085	CORONA PROVISIONAL PARA IMPLANTE	\$125

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D6086*	CORONA SOBRE IMPLANTE - ALEACIÓN PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$695
D6087*	CORONA SOBRE IMPLANTE - ALEACIÓN NOBLE	\$695
D6088*	CORONA SOBRE IMPLANTE-TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$695
D6090	REPARACIÓN PRÓTESIS SOBRE IMPLANTE, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$400
D6092	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE CORONA SOBRE IMPLANTE/PILAR	\$45
D6093	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR	\$65
D6094*	CORONA SOBRE PILAR - TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$695
D6095	REPARACIÓN DE PILAR DE IMPLANTE, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$220
D6096	EXTRACCIÓN DE TORNILLO RETENEDOR DE IMPLANTE ROTO	\$500
D6097*	CORONA SOBRE PILAR - PORCELANA FUSIONADA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$695
D6098*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE - PORCELANA FUSIONADA A ALEACIÓN PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$695
D6099*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA - PORCELANA FUSIONADA A ALEACIÓN NOBLE	\$695
D6100	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL CUERPO DEL IMPLANTE	\$700
D6105	EXTRACCIÓN DEL CUERPO DEL IMPLANTE QUE NO REQUIERE EXTRACCIÓN DE HUESO/ELEVACIÓN DE COLGAJO	\$700
D6106	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO - BARRERA REABSORBIBLE, POR CADA IMPLANTE	\$325
D6107	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO - BARRERA NO REABSORBIBLE, POR CADA IMPLANTE	\$325
D6110*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MAXILAR	\$1200
D6111*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MANDIBULAR	\$1200
D6112*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MAXILAR	\$940
D6113*	DENTADURA POSTIZA EXTRAÍBLE SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MANDIBULAR	\$940
D6114*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MAXILAR	\$3800
D6115*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MANDIBULAR	\$3800
D6116*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MAXILAR	\$2200
D6117*	DENTADURA POSTIZA FIJA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO PARCIALMENTE DESDENTADO - MANDIBULAR	\$2200
D6118*	DENTADURA POSTIZA FIJA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MANDIBULAR	\$1760
D6119*	DENTADURA POSTIZA FIJA PROVISORIA SOBRE IMPLANTE/PILAR PARA ARCO DESDENTADO - MAXILAR	\$1760
D6120*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE - PORCELANA FUSIONADA A TITANIO/ALEACIÓN DE TITANIO	\$695
D6121*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL - ALEACIÓN PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$695
D6122*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL - ALEACIÓN NOBLE	\$695
D6123*	RETENEDOR SOBRE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL - TITANIO/ALEACIÓN DE TITANIO	\$695
D6190	ÍNDICE RADIOGRÁFICO/QUIRÚRGICO PARA IMPLANTE, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$235
D6198	EXTRACCIÓN DE COMPONENTE DE IMPLANTE PROVISIONAL	\$700
<b>SERVICIOS DE PROSTODONCIA, PRÓTESIS FIJAS</b>		
D6205*	PÓNTICO - COMPUESTO DE RESINA INDIRECTO	\$695
D6210*	PÓNTICO - METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$195*
D6211*	PÓNTICO - METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$195*
D6212*	PÓNTICO - METAL NOBLE FUNDIDO	\$195*
D6214*	PÓNTICO - TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$195*
D6240*	PÓNTICO - PORCELANA FUSIONADA A METAL MUY NOBLE	\$195*
D6241*	PÓNTICO - PORCELANA FUSIONADA A METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$195*
D6242*	PÓNTICO - PORCELANA FUSIONADA A METAL NOBLE	\$195*
D6243*	PÓNTICO - PORCELANA FUSIONADA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$195*
D6245*	PÓNTICO - PORCELANA/CERÁMICA	\$195*
D6250*	PÓNTICO - RESINA C/METAL MUY NOBLE	\$195*
D6251*	PÓNTICO - RESINA C/METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$195*
D6252*	PÓNTICO - RESINA C/METAL NOBLE	\$195*
D6253*	PÓNTICO PROVISORIO - TRATAMIENTO ADICIONAL/FINALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ANTES DE LA IMPRESIÓN FINAL	\$0
D6545	RETENEDOR - METAL FUNDIDO PARA PRÓTESIS FIJA DE RESINA	\$180
D6548	RETENEDOR - PORCELANA/CERÁMICA PARA PRÓTESIS FIJA DE RESINA CEMENTADA	\$225*
D6600	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA/CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$195*
D6601	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA/CERÁMICA 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*
D6602	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO 2 SUPERFICIES	\$195*
D6603	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D6604	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$195*
D6605	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO, 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*
D6606	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR, METAL NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$195*
D6607	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - METAL NOBLE FUNDIDO, 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*
D6608	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA/CERÁMICA, 2 SUPERFICIES	\$195*
D6609	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - PORCELANA/CERÁMICA, 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*
D6610	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$195*
D6611	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL MUY NOBLE FUNDIDO 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*
D6612	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$195*
D6613	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO, 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*
D6614	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL NOBLE FUNDIDO, 2 SUPERFICIES	\$195*
D6615	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - METAL NOBLE FUNDIDO, 3/MÁS SUPERFICIES	\$195*
D6624	INCRUSTACIÓN TIPO INLAY PARA RETENEDOR - TITANIO	\$195*
D6634	INCRUSTACIÓN TIPO ONLAY PARA RETENEDOR - TITANIO	\$195*
D6710*	CORONA RETENEDORA - COMPUESTO DE RESINA INDIRECTO	\$195*
D6720*	CORONA RETENEDORA - RESINA CON METAL MUY NOBLE	\$195*
D6721*	CORONA RETENEDORA - RESINA CON METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$195*
D6722*	CORONA RETENEDORA - RESINA CON METAL NOBLE	\$195*
D6740*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA/CERÁMICA	\$195*
D6750*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUSIONADA A METAL MUY NOBLE	\$195*
D6751*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUSIONADA A METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN	\$195*
D6752*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUSIONADA A METAL NOBLE	\$195*
D6753*	CORONA RETENEDORA - PORCELANA FUSIONADA A TITANIO/ALEACIONES DE TITANIO	\$195*
D6780*	CORONA RETENEDORA - 3/4 DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$195*
D6781*	CORONA RETENEDORA - 3/4 DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$195*
D6782*	CORONA RETENEDORA - 3/4 DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$195*
D6783*	CORONA RETENEDORA - 3/4 DE PORCELANA/CERÁMICA	\$195*
D6784*	CORONA RETENEDORA - 3/4 DE TITANIO/ALEACIÓN DE TITANIO	\$195*
D6790*	CORONA RETENEDORA - COMPLETA DE METAL MUY NOBLE FUNDIDO	\$195*
D6791*	CORONA RETENEDORA - COMPLETA DE METAL PREDOMINANTEMENTE COMÚN FUNDIDO	\$195*
D6792*	CORONA RETENEDORA - COMPLETA DE METAL NOBLE FUNDIDO	\$195*
D6793*	CORONA RETENEDORA PROVISORIA - TRATAMIENTO ADICIONAL/FINALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO ANTES DE LA IMPRESIÓN FINAL	\$125
D6794*	CORONA RETENEDORA - TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	\$195*
D6930	FIJACIÓN O RECEMENTACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	\$10
D6940	ROMPEFUERZAS	\$125
D6950	ACCESORIO DE PRECISIÓN	\$125
D6980	REPARACIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$80
<b>SERVICIOS PARA CIRUGÍA BUCAL</b>		
D7111	EXTRACCIÓN DE RESTOS DE CORONA, DIENTE PRIMARIO	\$45
D7140	EXTRACCIÓN DE DIENTE BROTADO/RAÍZ EXPUESTA	\$10
D7210	EXTRACCIÓN DE DIENTE BROTADO QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DE HUESO O SEGMENTACIÓN DEL DIENTE E INCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, SI SE INDICA	\$25
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - TEJIDO BLANDO	\$40
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - PARCIALMENTE EN EL HUESO	\$55
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - COMPLETAMENTE EN EL HUESO	\$63
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - COMPLETAMENTE EN EL HUESO C/COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	\$100
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO DE CORTE)	\$25
D7251	CORONOIDECTOMÍA - EXTRACCIÓN PARCIAL E INTENCIONAL DE DIENTE, DIENTES IMPACTADOS SOLAMENTE	\$270
D7260	CIERRE DE FÍSTULA OROANTRAL	\$160
D7261	CIERRE PRIMARIO DE UNA PERFORACIÓN DE LOS SENOS PARANASALES	\$275
D7270	REIMPLANTE DE DIENTE O ESTABILIZACIÓN DE DIENTE DESPLAZADO ACCIDENTALMENTE	\$50
D7272	TRASPLANTE DE DIENTE (INCLUYE EL REIMPLANTE DE UN LUGAR A OTRO Y LA FERULIZACIÓN O ESTABILIZACIÓN)	\$100
D7280	EXPOSICIÓN DE DIENTE NO BROTADO	\$125
D7282	MOVILIZACIÓN DE UN DIENTE BROTADO O MAL POSICIONADO PARA FACILITAR QUE BROTE	\$125
D7283	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO PARA FACILITAR LA ERUPCIÓN DEL DIENTE IMPACTADO	\$80

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D7285	BIOPSIA POR INCISIÓN DE TEJIDO BUCAL DURO	\$115
D7286	BIOPSIA POR INCISIÓN DE TEJIDO BUCAL BLANDO	\$60
D7287	OBTENCIÓN DE MUESTRA PARA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA	\$50
D7288	BIOPSIA POR CEPILLADO	\$25
D7291	FIBROTOMÍA TRANSEPTAL O FIBROTOMÍA SUPRACRESTAL, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$30
D7310	ALVEOLOPLASTIA CON EXTRACCIONES, 4/MÁS DIENTES/ESPACIOS	\$20
D7311	ALVEOLOPLASTIA CON EXTRACCIONES, 1-3 DIENTES	\$20
D7320	ALVEOLOPLASTIA SIN EXTRACCIONES, 4/MÁS DIENTES/ESPACIOS	\$50
D7321	ALVEOLOPLASTIA SIN EXTRACCIONES, 1-3 DIENTES	\$50
D7340	VESTIBULOPLASTIA - EXTENSIÓN DE REBORDE (EPITELIZACIÓN SECUNDARIA)	\$370
D7350	VESTIBULOPLASTIA - EXTENSIÓN DE REBORDE (INCLUYE INJERTOS DE TEJIDO BLANDO, RECONEXIÓN MUSCULAR, CORRECCIÓN DE UNIÓN DE TEJIDO BLANDO)	\$990
D7410	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE HASTA 1.25 CM	\$25
D7411	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE MÁS DE 1.25 CM	\$50
D7412	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BENIGNA, COMPLICADA	\$55
D7450	EXTRACCIÓN DE QUISTE O TUMOR ODONTOGÉNICO BENIGNO - DIÁMETRO DE LESIÓN DE HASTA 1.25 CM	\$65
D7471	EXTRACCIÓN DE EXOSTOSIS LATERAL	\$95
D7472	EXTRACCIÓN DE TORUS PALATINUS	\$95
D7473	EXTRACCIÓN DE TORUS MANDIBULARIS	\$95
D7485	REDUCCIÓN DE TUBEROSIDAD ÓSEA	\$95
D7509	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	\$65
D7510	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO - TEJIDO BLANDO INTRABUCAL	\$20
D7511	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO - TEJIDO BLANDO INTRABUCAL, COMPLICADO	\$20
D7520	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO TEJIDO BLANDO EXTRABUCAL	\$20
D7521	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESO, COMPLICADO, EXTRABUCAL	\$20
D7910	SUTURA DE HERIDAS RECIENTES PEQUEÑAS DE HASTA 5 CM	\$35
D7921	RECOLECCIÓN Y APLICACIÓN DE PRODUCTO CONCENTRADO DE SANGRE AUTÓLOGA	\$125
D7950	INJERTO ÓSEO, OSTEOPERIÓSTICO O DE CARTÍLAGO DEL MAXILAR INFERIOR O LOS HUESOS FACIALES - AUTÓGENO O NO AUTÓGENO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$350
D7951	AUMENTO SINUSAL CON HUESO O SUSTITUTOS ÓSEOS MEDIANTE LA TÉCNICA DE VENTANA LATERAL	\$800
D7952	AUMENTO SINUSAL MEDIANTE TÉCNICA VERTICAL	\$350
D7956	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, ÁREA DESDENTADA - BARRERA REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325
D7957	REGENERACIÓN GUIADA DE TEJIDO, ÁREA DESDENTADA - BARRERA NO REABSORBIBLE, POR CADA SITIO	\$325
D7961	FRENECTOMÍA BUCAL/LABIAL (FRENILECTOMÍA)	\$50
D7962	FRENECTOMÍA LINGUAL (FRENILECTOMÍA)	\$50
D7963	FRENULOPLASTIA	\$50
D7970	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO HIPERPLÁSICO - POR CADA ARCO	\$140
D7971	EXTIRPACIÓN DE ENCÍA PERICORONAL	\$102
D7972	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE TUBEROSIDAD FIBROSA	\$125
<b>SERVICIOS COMPLEMENTARIOS GENERALES</b>		
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO DEL DOLOR DENTAL - POR CADA VISITA	\$0
D9120	DIVISIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	\$0
D9210	ANESTESIA LOCAL SIN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS U OPERATORIOS	\$0
D9211	ANESTESIA DE BLOQUEO REGIONAL	\$0
D9212	ANESTESIA DE BLOQUEO DE UNA DIVISIÓN TRIGEMINAL	\$0
D9215	ANESTESIA LOCAL	\$0
D9222	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL - LOS PRIMEROS 15 MINUTOS	\$50
D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL - CADA INCREMENTO DE 15 MINUTOS	\$50
D9230	ANALGESIA, ANSIÓLISIS, INHALACIÓN DE ÓXIDO NITROSO	\$20
D9239	ANESTESIA O SEDACIÓN INTRAVENOSA MODERADA (CONSCIENTE) - LOS PRIMEROS 15 MINUTOS	\$65
D9243	ANALGESIA O SEDACIÓN INTRAVENOSA MODERADA (CONSCIENTE) - CADA INCREMENTO DE 15 MINUTOS	\$65
D9248	SEDACIÓN NO INTRAVENOSA (CONSCIENTE), INCLUYE SEDACIÓN MÍNIMA Y MODERADA	\$15
D9310	CONSULTA, DIAGNÓSTICO POR DENTISTA/MÉDICO DISTINTO AL DENTISTA/MÉDICO SOLICITANTE	\$25
D9430	VISITA AL CONSULTORIO PARA OBSERVACIÓN - SIN OTROS SERVICIOS PRESTADOS	\$0
D9440	VISITA AL CONSULTORIO - DESPUÉS DEL HORARIO ATENCIÓN NORMAL	\$25
D9450	PRESENTACIÓN DEL CASO SUBSIGUIENTE A LA PLANIFICACIÓN DETALLADA Y EXHAUSTIVA DEL TRATAMIENTO	\$0

ADA	Descripción	EL MIEMBRO PAGA
D9610	INYECCIÓN TERAPÉUTICA DE MEDICAMENTOS, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$15
D9630	MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS EN EL CONSULTORIO PARA USO DOMICILIARIO	\$15
D9910*	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO DESENSIBILIZANTE	\$20
D9912	EXAMEN DE UN PACIENTE ANTES DE LA VISITA	\$0
D9930	TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES - POSQUIRÚRGICO	\$0
D9932	LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA EXTRAÍBLE, MAXILAR	\$0
D9933	LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA EXTRAÍBLE, MANDIBULAR	\$0
D9934	LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA PARCIAL POSTIZA EXTRAÍBLE, MAXILAR	\$0
D9935	LIMPIEZA E INSPECCIÓN DE DENTADURA PARCIAL EXTRAÍBLE, MANDIBULAR	\$0
D9942	REPARACIÓN O REBASE DE PROTECTOR OCLUSAL	\$40
D9943	AJUSTE DE PROTECTOR OCLUSAL	\$25
D9944*	PROTECTOR OCLUSAL - APARATO RÍGIDO, ARCO COMPLETO	\$250
D9945*	PROTECTOR OCLUSAL - APARATO FLEXIBLE, ARCO COMPLETO	\$250
D9946*	PROTECTOR OCLUSAL - APARATO RÍGIDO, ARCO PARCIAL	\$250
D9947	FABRICACIÓN Y COLOCACIÓN DE APARATO A MEDIDA PARA LA APNEA DEL SUEÑO	\$1900
D9948	AJUSTE DEL APARATO A MEDIDA PARA LA APNEA DEL SUEÑO	\$85
D9949	REPARACIÓN DEL APARATO A MEDIDA PARA LA APNEA DEL SUEÑO	\$88
D9950	ANÁLISIS OCLUSAL - MONTAJE EN ARTICULADOR	\$75
D9951	AJUSTE OCLUSAL - LIMITADO	\$25
D9952	AJUSTE OCLUSAL - COMPLETO	\$75
D9953	REBASE DEL APARATO A MEDIDA PARA LA APNEA DEL SUEÑO (INDIRECTO)	\$45
D9973	BLANQUEO EXTERNO - POR CADA DIENTE	\$30
D9975	BLANQUEO EXTERNO PARA APLICACIÓN DOMICILIARIA, POR CADA ARCO	\$240
D9986	CITA PERDIDA	\$25
D9991	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES - ATENCIÓN A PROBLEMAS DE CUMPLIMIENTO DE CITAS	\$0
D9992	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES - COORDINACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD	\$0
D9993	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES - ENTREVISTA MOTIVACIONAL	\$0
D9994	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES - EDUCACIÓN AL PACIENTE PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD BUCAL	\$0
D9995	TELEODONTOLOGÍA - SINCRÓNICA; ENCUENTRO EN TIEMPO REAL	\$0
D9996	TELEODONTOLOGÍA - ASÍNCRONA; INFORMACIÓN GUARDADA Y ENVIADA AL DENTISTA PARA SU REVISIÓN SUBSIGUIENTE	\$0
D9997	ADMINISTRACIÓN DE CASOS DENTALES - PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES	\$0
<b>SERVICIOS DE ORTODONCIA</b>		
D8010	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN PRIMARIA	\$1000
D8020	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN DE TRANSICIÓN	\$1000
D8030#	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN DEL ADOLESCENTE	\$1000
D8040#	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA LIMITADO DE LA DENTICIÓN DEL ADULTO	\$1350
D8070	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DE TRANSICIÓN	\$1800
D8080	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DEL ADOLESCENTE	\$1850
D8090	TRATAMIENTO DE ORTODONCIA INTEGRAL, DENTICIÓN DEL ADULTO	\$1950
D8210*	TRATAMIENTO CON APARATO EXTRAÍBLE	\$103
D8220*	TRATAMIENTO CON APARATO FIJO	\$103
D8660	EXAMEN PARA TRATAMIENTO PREVIO A ORTODONCIA PARA SUPERVISAR CRECIMIENTO Y DESARROLLO	\$35
D8670	VISITA DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA PERIÓDICO	\$0
D8680	APARATOS ORTODÓNICOS DE RETENCIÓN (EXTRACCIÓN DE APARATOS, FABRICACIÓN Y COLOCACIÓN DE RETENEDORES)	\$300
D8681	AJUSTE DE RETENEDORES DE ORTODONCIA EXTRAÍBLES	\$0
D8698	FIJACIÓN/RECEMENTACIÓN DE RETENEDOR FIJO - MAXILAR	\$0
D8699	FIJACIÓN/RECEMENTACIÓN DE RETENEDOR FIJO - MANDIBULAR	\$0
D8999c	c PROCEDIMIENTO DE ORTODONCIA NO ESPECIFICADO, SEGÚN INDIQUE EL INFORME	\$250
<b>Prostodoncia de Prótesis Fija</b>		
D5982	STENT QUIRÚRGICO	\$100*
D5987	FÉRULA DE COMISURA	\$100*
D5988	FÉRULA QUIRÚRGICA	\$100*

La profilaxis adicional en un plazo no mayor de 6 meses se basará en la necesidad recomendada por el proveedor.

Las descripciones de procedimientos precedidas por un “\*” tienen una limitación, consulte las limitaciones más abajo para ver detalles.

Los copagos con un “\*\*” tienen una tarifa de laboratorio o por materiales además de la cantidad del copago, consulte las limitaciones más abajo para ver detalles.

Los servicios marcados con “†” no cumplen los requisitos con un especialista.

# Alineadores de autoservicio disponibles por \$1000 de copago del miembro.

Para obtener información adicional sobre la cobertura y encontrar un dentista, visite [myuhc.com](http://myuhc.com)® o comuníquese con Servicio al Cliente.

## SERVICIOS ESPECIALIZADOS

- a) Esta Lista de Beneficios para miembros rige cuando los servicios dentales descritos son prestados por un Dentista General participante, a menos que estén autorizados de alguna manera.
- b) Los procedimientos que no aparecen en la Lista de Beneficios que sean realizados por un Dentista General participante se cobrarán a las tarifas usuales y habituales del Dentista General participante menos el 25%.
- c) Es posible que el Dentista General de la Red que usted elija no realice todos los procedimientos indicados. El Copago mostrado se aplica al Dentista General de la Red.
- d) En caso de que sean necesarios los servicios de un Dentista Especializado de la Red (Network Specialty Dentist, NSD) (Cirujano Bucal, Endodoncista, Periodoncista o Dentista Pediátrico), puede recibir este cuidado de cualquiera de estas dos formas: (1) Puede consultar directamente a un Dentista Especializado de la Red sin una referencia y recibir un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del proveedor; o (2) puede obtener una preautorización por escrito y recibir tratamiento especializado de un Dentista Especializado de la Red aprobado a los copagos detallados.
- e) En caso de que sean necesarios los servicios de un Ortodoncista, puede recibir este cuidado de cualquiera de estas dos formas: (1) Puede ir directamente a un Dentista Especializado de la Red sin una referencia y recibir un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del proveedor; o (2) puede comunicarse con el Servicio al Cliente para ubicar el Ortodoncista participante más cercano que preste los servicios cubiertos al nivel de Copago del miembro de la lista.
- f) Los miembros que deseen realizarse un tratamiento de implante deben consultar a su implantólogo participante de una Red Determinada de Proveedores Participantes. No todos los proveedores realizan procedimientos de implante por el Copago que se indica en la Lista de Beneficios. Consulte la lista de proveedores en [www.MyUHC.com](http://www.MyUHC.com).

# UnitedHealthcare/exclusiones y limitaciones dentales

## LIMITACIONES DE BENEFICIOS

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

1.	RADIOGRAFÍAS DE ALETA DE MORDIDA	D0274, D0277 o D0210 solo son pagaderos cuando no se hayan realizado otras imágenes que las incluyan
2.	MANTENEDORES DE ESPACIO	Los mantenedores de espacio y todos los ajustes se limitan a hijos menores de 16 años.
3.	SELLADORES	Los selladores (D1351 o D1353) se limitan a una (1) vez por cada diente en cada período de tres (3) años consecutivos. Esto solamente se permite en molares permanentes no restaurados de hijos menores de 16 años.
4.	RESTAURACIONES (Amalgama o Compuestos de Resina)	El tratamiento con fluoruro se limita a uno (1) en cualquier período de doce (12) meses consecutivos para hijos menores de 16 años
5.	PROTECTORES OCLUSALES	Los protectores oclusales para el bruxismo/desgaste habitual se limitan a una (1) vez en cualquier período de treinta y seis (36) meses consecutivos.
6.	ANESTESIA GENERAL	La anestesia general o sedación intravenosa está disponible cuando se indica en la Lista de Beneficios, es médicamente necesaria y tiene preaprobación.
7.	AJUSTES A DENTADURAS POSTIZAS COMPLETAS, DENTADURAS POSTIZAS PARCIALES, PUENTES O CORONAS	Todas las tarifas por ajuste de dentaduras postizas son por dentaduras postizas que no fueron fabricadas en el consultorio actual. Todos los ajustes de dentaduras postizas nuevas fabricadas dentro de los 12 meses están incluidos como parte de la inserción inicial.
8.	EVALUACIÓN BUCAL	Toda evaluación bucal (sin incluir el problema) se limita a una (1) vez por cada período de seis (6) meses consecutivos; los exámenes completos solo se pueden cubrir una (1) vez por cada 36 meses, únicamente si se considera que el paciente es un paciente nuevo o un paciente establecido. Todas las evaluaciones bucales posteriores tendrán un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del dentista, sin límite de frecuencia.
9.	CORONAS, PUENTES FIJOS E IMPLANTES	Cuando las coronas, los implantes o los puentes excedan seis (6) unidades consecutivas, se cobrará un cargo adicional de \$30.00 por cada unidad.
10.	EXTRACCIONES DE TERCEROS MOLARES ("MUELAS DEL JUICIO")	La extracción quirúrgica de muelas del juicio está cubierta cuando existe una patología (enfermedad). La extracción quirúrgica de muelas del juicio o terceros molares cuando no existe una patología estará cubierta con un descuento del 25% de las tarifas usuales y habituales del dentista general o especialista. Las cirugías relacionadas con la ortodoncia (excepto D7280) necesarias para corregir el apiñamiento de dientes o para facilitar la erupción están disponibles con un descuento del 25% en las tarifas usuales y habituales del médico.
11.	PROFILAXIS Y MANTENIMIENTO PERIODONTAL	La profilaxis dental o el procedimiento de mantenimiento periodontal se limita a uno (1) en cualquier período de seis (6) meses consecutivos. Todo procedimiento adicional seguirá los copagos del miembro correspondientes a D1110 y D4910 tal como se indican en la Lista de Beneficios.
12.	APARATOS PARA HáBITOS DAÑINOS	Los aparatos para hábitos dañinos se limitan a una (1) vez por cada persona menor de 16 años.
13.	DENTADURAS POSTIZAS	Las dentaduras postizas nuevas incluyen un (1) rebase dentro de los primeros seis (6) meses.
14.	REEMPLAZO DE CORONAS, IMPLANTES Y PUENTES FIJOS O DENTADURAS POSTIZAS	El reemplazo de coronas, implantes, dentaduras postizas o puentes fijos se limita a uno (1) cada cinco (5) años consecutivos.
15.	COSTO DE MATERIALES Y TARIFAS DEL LABORATORIO	Los copagos marcados con "*" no incluyen el costo del material ni las tarifas del laboratorio. El costo adicional para el paciente es el siguiente: - Metal muy noble (precioso), hasta \$145.00 - Titanio, hasta \$120 (cubierto con prueba de alergia a otros metales) - Metal noble (semiprecioso), hasta \$120.00 - Metal predominantemente común (no precioso), hasta \$55.00 - Tarifas de laboratorio por corona, hasta \$155.00 - Tarifas de laboratorio por dentaduras postizas, hasta \$225.00 - Tarifas de laboratorio por porcelana, para D2610-D2644, D2929, D2961, D2962, D6600, D6601, D6608 y D6609 hasta \$65.00 - Tarifas de laboratorio por reparación de dentadura postiza, hasta \$50.00 - Tarifas por material para corona completamente de cerámica o porcelana, hasta \$155.00.
16.	RADIOGRAFÍAS	Se pueden obtener copias de radiografías por \$2 por cada placa periapical hasta un máximo de \$30. Se pueden obtener copias de radiografías panorámicas por una tarifa de \$15.
17.	TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Está disponible el tratamiento de emergencia para el tratamiento paliativo para aliviar el dolor de hasta \$100.00 por cada ocurrencia.
18.	ORTODONCIA	El miembro puede elegir Invisalign en lugar del tratamiento de ortodoncia tradicional y pagar la suma de copago por ortodoncia para el miembro detallado más la diferencia del costo del tratamiento alternativo.
19.	RADIOGRAFÍAS	D0364-D0365 se limitan a 1 vez por cada 60 meses, cubiertos solamente en un centro dental y no en un centro de imágenes radiográficas.

## EXCLUSIONES DE BENEFICIOS

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

1.	Servicios dentales que no son necesarios.
2.	Hospitalización u otros cargos del centro.
3.	Cualquier procedimiento dental realizado únicamente por razones cosméticas o estéticas. (Los procedimientos estéticos son aquellos que mejoran la apariencia física.)
4.	Cirugía reconstructiva, independientemente de que sea incidental a una enfermedad, lesión o anomalía congénita dental cuando el principal propósito es mejorar el funcionamiento fisiológico de la parte del cuerpo afectada.
5.	Cualquier procedimiento dental que no esté directamente relacionado con una enfermedad dental.
6.	Cualquier procedimiento dental que no se realice en un centro dental.
7.	Procedimientos que se consideren experimentales, de investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo de Terapéutica Dental de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA). El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, de investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una condición en particular no significa que estará cubierto si el procedimiento se considera experimental, de investigación o no comprobado para el tratamiento de dicha condición en particular.

## EXCLUSIONES DE BENEFICIOS

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

8.	Reducción de fracturas óseas faciales y cualquier tratamiento relacionado con la dislocación del tejido duro esquelético facial.
9.	Reemplazo de dentaduras postizas completas, dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles o coronas si el daño o rotura estuvo directamente relacionado con un error del proveedor. Este tipo de reemplazo es responsabilidad del dentista. Si el reemplazo es necesario debido al incumplimiento del paciente, el costo del reemplazo es responsabilidad del paciente.
10.	Servicios relacionados con la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ), ya sea bilateral o unilateral. Cirugía del maxilar superior e inferior (incluida la cirugía relacionada con la articulación temporomandibular). No se proporciona cobertura para cirugía ortognática, alineación de la mandíbula ni tratamiento de la articulación temporomandibular.
11.	Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación.
12.	Gastos por procedimientos dentales comenzados antes de que la persona cubierta estuviera inscrita en la póliza.
13.	Procedimientos de restauración de prótesis fijas o extraíbles para rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
14.	Accesorios para prótesis extraíbles convencionales o puentes fijos. Esto incluye accesorios de precisión o semiprecisión relacionados con dentaduras postizas parciales,
15.	Protectores oclusales utilizados como elementos de seguridad o para incidir en el desempeño principalmente en actividades relacionadas con los deportes.
16.	Colocación de dentaduras postizas parciales fijas únicamente con el fin de lograr la estabilidad periodontal.
17.	Servicios dentales que estén cubiertos de otra manera por la póliza, pero que se presten después de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza, incluidos los servicios dentales por condiciones dentales que surjan antes de la fecha en que termina la cobertura individual establecida en la póliza.
18.	La cobertura de servicios de ortodoncia no incluye la colocación de un mantenedor de espacio, ningún tratamiento relacionado con la articulación temporomandibular o un procedimiento quirúrgico para corregir una maloclusión, el reemplazo de aparatos correctores de hábitos o retenedores, ni ningún aparato de ortodoncia interceptiva fijo o extraíble previamente enviado para el pago conforme al plan.
19.	Los servicios en el extranjero no están cubiertos a menos que se requieran en situaciones de emergencia.
20.	Servicios dentales recibidos como resultado de una guerra o de cualquier acto de guerra, declarada o no declarada, o causados durante el servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
21.	Medicamentos y principios activos que se obtienen con o sin receta, a menos que sean suministrados y utilizados en el consultorio dental durante la visita del paciente.
22.	Servicios por lesiones o enfermedades cubiertas por el Seguro de Accidentes Laborales o las leyes de responsabilidad del empleador y servicios que sean prestados, sin costo para la persona cubierta, por un municipio, condado u otra subdivisión política. Esta exclusión no se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o Medicare.