



## Plan Senior Care Plus Comprehensive

### MÁXIMO POR AÑO CALENDARIO DE \$2,500 - Servicios integrales únicamente

La siguiente es una lista completa de los procedimientos dentales para los cuales se pagan beneficios en virtud de este plan. Los procedimientos no incluidos en la lista no están cubiertos. Este plan no permite beneficios alternativos. Los miembros deben utilizar un proveedor de la red para recibir los beneficios. [Si elige este plan, el miembro es responsable de todos los procedimientos no cubiertos.](#)

| Código CDT                      | Descripción   | Responsabilidad del asegurado | Limitaciones                                       | Se requiere documentación/radiografías |
|---------------------------------|---|-------------------------------|--|--|
| <b>Servicios de diagnóstico</b> |   |                               |  |  |
| D0120                           | Evaluación bucal periódica  | 0 %                           |  |  |
| D0140                           | Evaluación bucal limitada   | 0 %                           |  |  |
| D0150                           | Evaluación bucal integral   | 0 %                           |  |  |
| D0160                           | Evaluación bucal, enfocada en el problema                                       | 0 %                           |  |  |
| D0170                           | Reevaluación, limitada, enfocada en el problema                                 | 0 %                           |  |  |
| D0171                           | Reevaluación, visita al consultorio posterior a una cirugía                     | 0 %                           |  |  |
| D0180                           | Evaluación periodontal integral   | 0 %                           |  |  |
| D0210                           | Serie de imágenes radiográficas intrabucales e integrales                       | 0 %                           | 1 de (D0210, D0330) cada 3 años calendario         |  |
| D0220                           | Primera imagen radiográfica intrabucal y periapical                             | 0 %                           |  |  |
| D0230                           | Cada imagen radiográfica intrabucal y periapical adicional                      | 0 %                           |  |  |
| D0240                           | Radiografía oclusal intrabucal  | 0 %                           | 1 (D0240) por cada año calendario                  |  |
| D0270                           | Radiografía con aleta de mordida, una imagen radiográfica                       | 0 %                           |  |  |
| D0272                           | Radiografías con aleta de mordida, dos imágenes radiográficas                   | 0 %                           |  |  |
| D0273                           | Radiografías con aleta de mordida, tres imágenes radiográficas                  | 0 %                           |  |  |
| D0274                           | Radiografías con aleta de mordida, cuatro imágenes radiográficas                | 0 %                           |  |  |
| D0277                           | Radiografías con aleta de mordida vertical, siete u ocho imágenes radiográficas | 0 %                           | 1 (D0277) cada 3 años calendario                   |  |
| D0330                           | Imagen radiográfica panorámica  | 0 %                           | 1 de (D0210, D0330) cada 3 años calendario         |  |
| <b>Servicios preventivos</b>    |   |                               |  |  |
| D1110                           | Profilaxis, adulto  | 0 %                           | 2 de (D1110, D4346, D4910) por cada año calendario |  |

**Máximo por año calendario: \$2,500. Se aplica a todos los servicios integrales que figuran a continuación (los servicios de diagnóstico y los preventivos no se cobran)**

| Servicios de restauración |   |     |  |  |
|---------------------------|---|-----|--|--|
| D2140                     | Amalgama, una superficie, diente primario o permanente              | 0 % |  |  |
| D2150                     | Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes          | 0 % |  |  |
| D2160                     | Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes         | 0 % |  |  |
| D2161                     | Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes | 0 % |  |  |
| D2330                     | Compuesto de resina, una superficie, diente anterior                | 0 % |  |  |
| D2331                     | Compuesto de resina, dos superficies, dientes anteriores            | 0 % |  |  |
| D2332                     | Compuesto de resina, tres superficies, dientes anteriores           | 0 % |  |  |
| D2335                     | Compuesto de resina, cuatro o más superficies                       | 0 % |  |  |
| D2391                     | Compuesto de resina, una superficie, diente posterior               | 0 % |  |  |
| D2392                     | Compuesto de resina, dos superficies, dientes posteriores           | 0 % |  |  |
| D2393                     | Compuesto de resina, tres superficies, dientes posteriores          | 0 % |  |  |
| D2394                     | Compuesto de resina, cuatro o más superficies, dientes posteriores  | 0 % |  |  |
| D2510                     | Incrustación, metálica, una superficie                              | 0 % |  |  |
| D2520                     | Incrustación, metálica, dos superficies                             | 0 % |  |  |
| D2530                     | Incrustación, metálica, tres o más superficies                      | 0 % |  |  |
| D2542                     | Sobreincrustación, metálica, dos superficies                        | 0 % |  |  |
| D2543                     | Sobreincrustación, metálica, tres superficies                       | 0 % |  |  |
| D2544                     | Sobreincrustación, metálica, cuatro o más superficies               | 0 % |  |  |
| D2610                     | Incrustación, porcelana/cerámica, una superficie                    | 0 % |  |  |
| D2620                     | Incrustación, porcelana/cerámica, dos superficies                   | 0 % |  |  |
| D2630                     | Incrustación, porcelana/cerámica, tres o más superficies            | 0 % |  |  |
| D2642                     | Sobreincrustación, porcelana/cerámica, dos superficies              | 0 % |  |  |
| D2643                     | Sobreincrustación, porcelana/cerámica, tres superficies             | 0 % |  |  |
| D2644                     | Sobreincrustación, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies     | 0 % |  |  |
| D2650                     | Incrustación, compuesto de resina, una superficie                   | 0 % |  |  |
| D2651                     | Incrustación, compuesto de resina, dos superficies                  | 0 % |  |  |
| D2652                     | Incrustación, compuesto de resina, tres o más superficies           | 0 % |  |  |
| D2662                     | Sobreincrustación, compuesto de resina, dos superficies             | 0 % |  |  |
| D2663                     | Sobreincrustación, compuesto de resina, tres superficies            | 0 % |  |  |
| D2664                     | Sobreincrustación, compuesto de resina, cuatro o más superficies    | 0 % |  |  |
| D2710                     | Corona, compuesto de resina (indirecta)                             | 0 % |  |  |

1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 3 años calendario

1 de (D2510-D2792) por diente cada 5 años calendario

Radiografía de aleta de mordida y periapical preoperatoria, radiografía de aleta de mordida durante la colocación de una corona, fotografía narrativa o intraoral.  
Se requiere la presentación de una reclamación.



## Plan Senior Care Plus Comprehensive

| Código CDT   | Descripción   | Responsabilidad del asegurado | Limitaciones                                 | Se requiere documentación/radiografías |
|--|---|-------------------------------|--|--|
| <b>Servicios de restauración (continuación)</b>  |   |                               |  |  |
| D2712  | Corona, compuesto con $\frac{1}{2}$ de resina (indirecta)                                     | 0 %                           |  |  |
| D2721  | Corona, resina con metal predominantemente común  | 0 %                           |  |  |
| D2722  | Corona, resina con metal noble  | 0 %                           |  |  |
| D2740  | Corona, porcelana/cerámica  | 0 %                           |  |  |
| D2750  | Corona, porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble)                           | 0 %                           |  |  |
| D2751  | Corona, porcelana fundida con metal predominantemente común                                   | 0 %                           |  |  |
| D2752  | Corona, porcelana fundida con metal noble   | 0 %                           |  |  |
| D2781  | Corona, $\frac{1}{2}$ de metal fundido (predominantemente común)                              | 0 %                           |  |  |
| D2782  | Corona, $\frac{1}{2}$ de metal noble fundido  | 0 %                           |  |  |
| D2783  | Corona, $\frac{1}{2}$ de porcelana/cerámica   | 0 %                           |  |  |
| D2791  | Corona, completamente de metal fundido (predominantemente común)                              | 0 %                           |  |  |
| D2792  | Corona, completamente de metal noble fundido  | 0 %                           |  |  |
| D2910  | Recementación o readhesión de incrustación, sobreincrustación, laminado o cobertura parcial   | 0 %                           |  |  |
| D2920  | Recementación o readhesión de corona  | 0 %                           |  |  |
| D2915  | Recementación o readhesión de perno y muñón prefabricados o de fabricación indirecta          | 0 %                           | 1 (D2915) por diente por cada año calendario |  |
| D2940  | Colocación de restauración directa provisoria   | 0 %                           |  |  |
| D2950  | Reconstrucción de muñón, incluidas clavijas de sujeción, si es necesario                      | 0 %                           |  |  |
| D2951  | Retención con clavijas, por diente, además de la restauración                                 | 0 %                           |  |  |
| D2952  | Perno y muñón además de la corona, de fabricación indirecta                                   | 0 %                           |  |  |
| D2953  | Cada perno adicional de fabricación indirecta, mismo diente                                   | 0 %                           |  |  |
| D2954  | Perno y muñón prefabricados además de la corona   | 0 %                           |  |  |
| D2955  | Extracción de perno   | 0 %                           |  |  |
| <b>Servicios de endodoncia</b>   |   |                               |  |  |
| D3310  | Tratamiento de endodoncia, diente anterior (sin incluir la restauración definitiva)           | 0 %                           |  |  |
| D3320  | Tratamiento de endodoncia, premolar (sin incluir la restauración definitiva)                  | 0 %                           |  |  |
| D3330  | Tratamiento de endodoncia, molar (sin incluir la restauración definitiva)                     | 0 %                           |  |  |
| D3331  | Tratamiento de conducto por obstrucción, acceso no quirúrgico                                 | 0 %                           | 1 (D3331) por diente de por vida             |  |
| D3332  | Tratamiento de endodoncia incompleto; diente fracturado o que no se puede restaurar ni operar | 0 %                           | 1 (D3332) por diente de por vida             |  |
| D3333  | Reparación radicular interna de defectos de perforación                                       | 0 %                           | 1 (D3333) por diente de por vida             |  |
| D3346  | Revisión de un tratamiento de conducto anterior, diente anterior                              | 0 %                           |  |  |
| D3347  | Revisión de un tratamiento de conducto anterior, premolar                                     | 0 %                           |  |  |
| D3348  | Revisión de un tratamiento de conducto anterior, molar  | 0 %                           |  |  |
| D3351  | Apexificación/Recalcificación, primera visita   | 0 %                           | 1 (D3351) por diente de por vida             |  |
| D3352  | Apexificación/Recalcificación, reemplazo de medicamento temporal                              | 0 %                           | 1 (D3352) por diente de por vida             |  |
| D3353  | Apexificación/Recalcificación, última visita  | 0 %                           | 1 (D3353) por diente de por vida             |  |
| D3410  | Apicectomía, diente anterior  | 0 %                           |  |  |
| D3421  | Apicectomía, premolar (primera raíz)  | 0 %                           |  |  |
| D3425  | Apicectomía, molar (primera raíz)   | 0 %                           |  |  |
| D3426  | Apicectomía (cada raíz adicional)   | 0 %                           | 1 (D3426) por diente de por vida             |  |
| D3430  | Empaste retrógrado, por raíz  | 0 %                           | 1 (D3430) por diente de por vida             |  |
| D3450  | Amputación radicular, por raíz  | 0 %                           | 1 (D3450) por diente de por vida             |  |
| D3920  | Hemisección, sin incluir el tratamiento de conducto   | 0 %                           | 1 (D3920) por diente de por vida             |  |
| <b>Servicios de periodontales</b>  |   |                               |  |  |
| D4210  | Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante                            | 0 %                           |  |  |
| D4211  | Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante                           | 0 %                           |  |  |
| D4240  | Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante                         | 0 %                           |  |  |
| D4241  | Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante                        | 0 %                           |  |  |
| D4260  | Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante  | 0 %                           |  |  |
| D4261  | Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante   | 0 %                           |  |  |
| D4270  | Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado  | 0 %                           |  |  |
| D4273  | Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente                          | 0 %                           |  |  |
| D4275  | Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente  | 0 %                           |  |  |
| D4283  | Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio       | 0 %                           |  |  |
| 1 de (D2510-D2792) por diente cada 5 años calendario   |   |                               |  |  |
| 1 de (D2910, D2920) por diente por cada año calendario   |   |                               |  |  |
| 1 (D2915) por diente por cada año calendario   |   |                               |  |  |
| 1 de (D3310-D3330) por diente de por vida  |   |                               |  |  |
| 1 (D3331) por diente de por vida   |   |                               |  |  |
| 1 (D3332) por diente de por vida   |   |                               |  |  |
| 1 (D3333) por diente de por vida   |   |                               |  |  |
| 1 de (D3346-D3348) por diente de por vida  |   |                               |  |  |
| 1 (D3351) por diente de por vida   |   |                               |  |  |
| 1 (D3352) por diente de por vida   |   |                               |  |  |
| 1 (D3353) por diente de por vida   |   |                               |  |  |
| 1 de (D4210, D4211) por sitio/cuadrante cada 2 años calendario   |   |                               |  |  |
| 1 de (D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 2 años calendario   |   |                               |  |  |
| 1 de (D4270-D4285) por sitio/cuadrante cada 2 años calendario  |   |                               |  |  |
| Radiografía de aleta de mordida y periapical preoperatoria, radiografía de aleta de mordida durante la colocación de una corona, fotografía narrativa o intraoral. Se requiere la presentación de una reclamación. |   |                               |  |  |
| Se requiere presentar una reclamación para la radiografía de aleta de mordida y periapical preoperatoria   |   |                               |  |  |



## Plan Senior Care Plus Comprehensive

| Código CDT                                    | Descripción   | Responsabilidad del asegurado | Limitaciones   | Se requiere documentación/radiografías   |
|---|---|-------------------------------|--|--|
| D4285   | Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio                          | 0 %                           |  |  |
| D4341   | Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro dientes o más por cuadrante   | 0 %                           |  |  |
| D4342   | Raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante  | 0 %                           | 1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 2 años calendario   | Se requiere presentar una reclamación para las radiografías de boca completa y el diagrama periodontal |
| <b>Servicios periodontales (continuación)</b> |   |                               |  |  |
| D4346   | Raspado en presencia de inflamación moderada o grave, boca completa después de la evaluación                        | 0 %                           | 2 de (D1110, D4346, D4910) por cada año calendario   |  |
| D4355   | Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal y un diagnóstico integral, visita posterior | 0 %                           | 1 (D4355) cada 3 años calendario   |  |
| D4910   | Mantenimiento periodontal   | 0 %                           | 2 de (D1110, D4346, D4910) por cada año calendario   |  |
| <b>Servicios de protodoncia extraíble</b>     |   |                               |  |  |
| D5110   | Dentadura postiza completa, maxilar   | 0 %                           | 1 de (D5110-D5226, D5282, D5283, D5863-D5866) por arco cada 5 años calendario  |  |
| D5120   | Dentadura postiza completa, mandibular  | 0 %                           |  |  |
| D5130   | Dentadura postiza inmediata, maxilar  | 0 %                           |  |  |
| D5140   | Dentadura postiza inmediata, mandibular   | 0 %                           |  |  |
| D5211   | Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina   | 0 %                           |  |  |
| D5212   | Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina  | 0 %                           |  |  |
| D5213   | Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina  | 0 %                           |  |  |
| D5214   | Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina   | 0 %                           |  |  |
| D5221   | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina   | 0 %                           |  |  |
| D5222   | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina  | 0 %                           |  |  |
| D5223   | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de metal fundido, base de la dentadura postiza de resina    | 0 %                           |  |  |
| D5224   | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de metal fundido, base de la dentadura postiza de resina | 0 %                           |  |  |
| D5225   | Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible  | 0 %                           |  |  |
| D5226   | Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible   | 0 %                           |  |  |
| D5282   | Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, maxilar                                 | 0 %                           |  |  |
| D5283   | Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, mandibular                              | 0 %                           |  |  |
| D5410   | Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar   | 0 %                           | 1 de (D5410-D5422) por arco por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación.  |  |
| D5411   | Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular  | 0 %                           |  |  |
| D5421   | Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar  | 0 %                           |  |  |
| D5422   | Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular   | 0 %                           |  |  |
| D5511   | Reparación de base de dentadura postiza completa, mandibular  | 0 %                           | 1 de (D5511, D5512) por arco por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación. |  |
| D5512   | Reparación de base de dentadura postiza completa, maxilar   | 0 %                           |  |  |
| D5520   | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa, por diente                                      | 0 %                           |  |  |
| D5611   | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular   | 0 %                           | 1 de (D5611-D5622) por arco por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación.  |  |
| D5612   | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar  | 0 %                           |  |  |
| D5621   | Reparación de estructura de metal fundido parcial, mandibular   | 0 %                           |  |  |
| D5622   | Reparación de estructura de metal fundido parcial, maxilar  | 0 %                           |  |  |
| D5630   | Reparación o reemplazo de materiales de retención rotos, por diente   | 0 %                           | 1 (D5630) por diente por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación.         |  |
| D5640   | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza parcial, por diente                                       | 0 %                           | 1 (D5640) por diente por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación.         |  |
| D5650   | Agregado de un diente a la dentadura postiza parcial existente, por diente  | 0 %                           | 1 (D5650) por diente por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación.         |  |
| D5660   | Agregado de un gancho a la dentadura postiza parcial existente, por diente  | 0 %                           | 1 (D5660) por diente por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación.         |  |



## Plan Senior Care Plus Comprehensive

| Código CDT   | Descripción  | Responsabilidad del asegurado | Limitaciones   | Se requiere documentación/radiografías |
|--|--|-------------------------------|--|--|
| D5670  | Reemplazo de todos los dientes postizos y del acrílico de la estructura de metal fundido, maxilar    | 0 %                           | 1 de (D5670, D5671) por arco cada 2 años calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación.  |  |
| D5671  | Reemplazo de todos los dientes postizos y del acrílico de la estructura de metal fundido, mandibular | 0 %                           |  |  |
| D5710  | Rebasado de dentadura postiza maxilar completa   | 0 %                           |  |  |
| D5711  | Rebasado de dentadura postiza mandibular completa  | 0 %                           |  |  |
| D5720  | Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial  | 0 %                           |  |  |
| D5721  | Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial   | 0 %                           |  |  |
| D5730  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza maxilar completa, directa                         | 0 %                           |  |  |
| D5731  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza mandibular completa, directa                      | 0 %                           |  |  |
| D5740  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial, directa                          | 0 %                           |  |  |
| D5741  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial, directa                       | 0 %                           |  |  |
| D5750  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza maxilar completa, indirecta                       | 0 %                           |  |  |
| D5751  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza mandibular completa, indirecta                    | 0 %                           |  |  |
| D5760  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial, indirecta                        | 0 %                           |  |  |
| D5761  | Sustitución del revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial, indirecta                     | 0 %                           |  |  |
| <b>Servicios de protodoncia extraíble (continuación)</b> |  |                               |  |  |
| D5810  | Dentadura postiza completa temporal, maxilar   | 0 %                           |  |  |
| D5811  | Dentadura postiza completa temporal, mandibular  | 0 %                           |  |  |
| D5820  | Dentadura postiza parcial temporal, maxilar  | 0 %                           |  |  |
| D5821  | Dentadura postiza parcial temporal, mandibular   | 0 %                           |  |  |
| D5850  | Acondicionamiento de tejido, maxilar   | 0 %                           | 1 de (D5850, D5851) por arco por cada año calendario; no se paga dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial del aparato realizada por el mismo proveedor/ubicación. |  |
| D5851  | Acondicionamiento de tejido, mandibular  | 0 %                           |  |  |
| D5863  | Sobredentadura completa, maxilar   | 0 %                           |  |  |
| D5864  | Sobredentadura, parcial, maxilar   | 0 %                           |  |  |
| D5865  | Sobredentadura, completa, mandibular   | 0 %                           |  |  |
| D5866  | Sobredentadura, parcial, mandibular  | 0 %                           |  |  |
| <b>Servicios bucales y maxilofaciales</b>                |  |                               |  |  |
| D7140  | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta   | 0 %                           |  |  |
| D7210  | Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o división del diente                | 0 %                           |  |  |
| D7220  | Extracción de diente impactado, tejido blando  | 0 %                           |  |  |
| D7230  | Extracción de diente impactado, parcialmente óseo  | 0 %                           |  |  |
| D7240  | Extracción de diente impactado, completamente óseo   | 0 %                           |  |  |
| D7241  | Extracción de diente impactado, completamente óseo, complicación                                     | 0 %                           |  |  |
| D7250  | Extracción de raíces de dientes residuales (procedimiento de corte)                                  | 0 %                           |  |  |
| D7260  | Cierre de fistula oroantral  | 0 %                           |  |  |
| D7261  | Cierre primario de una perforación sinusal   | 0 %                           | 1 de (D7260, D7261) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario   |  |
| D7270  | Reimplante dentario o estabilización de un diente, accidente   | 0 %                           |  |  |
| D7272  | Trasplante de diente   | 0 %                           | 1 de (D7270, D7272) por diente cada 5 años calendario  |  |
| D7280  | Exposición de un diente no erupcionado   | 0 %                           | 1 (D7280) por diente cada 5 años calendario  |  |
| D7282  | Movilización de un diente erupcionado/mal posicionado  | 0 %                           |  |  |
| D7283  | Colocación de aparato para facilitar la erupción, impactación  | 0 %                           | 1 de (D7282, D7283) por diente cada 5 años calendario  |  |
| D7285  | Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso, diente)  | 0 %                           |  |  |
| D7286  | Biopsia incisional de tejido bucal blando  | 0 %                           |  |  |
| D7287  | Recolección exfoliativa de muestra citológica  | 0 %                           | 1 de (D7285-D7288) por sitio cada 5 años calendario  |  |
| D7288  | Biopsia por cepillado, obtención de muestras transepiteliales  | 0 %                           |  |  |
| D7290  | Reposición quirúrgico de los dientes   | 0 %                           | 1 (D7290) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario   |  |
| D7291  | Fibrotomía transeptal/Fibrotomía supracrestal, por informe   | 0 %                           | 1 (D7291) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario   |  |
| D7292  | Colocación de dispositivo de anclaje temporal [placa de retención de tornillo] que requiere colgajo  | 0 %                           |  |  |
| D7293  | Colocación de dispositivo de anclaje temporal que requiere colgajo                                   | 0 %                           | 1 de (D7292-D7294) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario  |  |
| D7294  | Colocación de dispositivo de anclaje temporal sin colgajo  | 0 %                           |  |  |
| D7298  | Extracción de dispositivo de anclaje temporal [placa de retención de tornillo] que requiere colgajo  | 0 %                           | 1 de (D7298-D7300) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario  |  |



## Plan Senior Care Plus Comprehensive

| Código CDT   | Descripción   | Responsabilidad del asegurado | Limitaciones  | Se requiere documentación/radiografías |
|--|---|-------------------------------|---|--|
| D7299  | Extracción de dispositivo de anclaje temporal que requiere colgajo                            | 0 %                           |   |  |
| D7300  | Extracción de dispositivo de anclaje temporal sin colgajo                                     | 0 %                           |   |  |
| D7310  | Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                           | 0 %                           |   |  |
| D7311  | Alveoloplastia con extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante                          | 0 %                           |   |  |
| D7320  | Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                           | 0 %                           |   |  |
| D7321  | Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes por cuadrante                          | 0 %                           |   |  |
| D7340  | Vestibuloplastia, extensión de la cresta (2.ª epitelización)                                  | 0 %                           | 1 (D7340) por arco cada 5 años calendario   |  |
| D7350  | Vestibuloplastia, extensión de la cresta  | 0 %                           | 1 (D7350) por arco cada 5 años calendario   |  |
| D7410  | Escisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm   | 0 %                           |   |  |
| D7411  | Escisión de lesión benigna mayor a 1.25 cm  | 0 %                           |   |  |
| D7412  | Escisión de lesión benigna, complicada  | 0 %                           |   |  |
| D7413  | Escisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm   | 0 %                           |   |  |
| D7414  | Escisión de lesión maligna mayor a 1.25 cm  | 0 %                           |   |  |
| D7415  | Escisión de lesión maligna, con complicación  | 0 %                           |   |  |
| D7440  | Escisión de tumor maligno de hasta 1.25 cm  | 0 %                           |   |  |
| D7441  | Escisión de tumor maligno mayor a 1.25 cm   | 0 %                           |   |  |
| D7450  | Extracción de quiste/tumor odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                              | 0 %                           |   |  |
| D7451  | Extracción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm                               | 0 %                           |   |  |
| D7460  | Extracción de quiste/tumor no odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                           | 0 %                           |   |  |
| D7461  | Extracción de quiste/tumor no odontogénico benigno mayor a 1.25 cm                            | 0 %                           |   |  |
| D7465  | Destrucción de lesiones por método físico o químico, por informe                              | 0 %                           |   |  |
| <b>Servicios bucales y maxilofaciales (continuación)</b> |   |                               |   |  |
| D7471  | Extracción de exostosis lateral maxilar o mandibular  | 0 %                           |   |  |
| D7472  | Extracción de torus palatino  | 0 %                           |   |  |
| D7473  | Extracción de torus mandibular  | 0 %                           |   |  |
| D7485  | Reducción de tuberosidad ósea   | 0 %                           | 1 (D7485) de por vida   |  |
| D7490  | Resección radical de maxilar o mandíbula  | 0 %                           | 1 (D7490) por arco de por vida  |  |
| D7510  | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal                                       | 0 %                           |   |  |
| D7511  | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, con complicación                     | 0 %                           |   |  |
| D7520  | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal                                       | 0 %                           |   |  |
| D7521  | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal, con complicación                     | 0 %                           |   |  |
| D7530  | Extracción de cuerpo extraño en mucosa, piel, tejido  | 0 %                           |   |  |
| D7540  | Extracción de cuerpos extraños que generan una reacción del sistema musculoesquelético        | 0 %                           |   |  |
| D7961  | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)  | 0 %                           | 1 (D7961) por arco cada 5 años calendario   |  |
| D7962  | Frenectomía lingual (frenulectomía)   | 0 %                           | 1 (D7962) cada 5 años calendario  |  |
| D7963  | Frenuloplastia  | 0 %                           | 1 (D7963) cada 5 años calendario  |  |
| <b>Servicios complementarios generales</b>               |   |                               |   |  |
| D9110  | Tratamiento paliativo del dolor dental, por visita  | 0 %                           | 1 (D9110) por cada año calendario   |  |
| D9120  | Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija  | 0 %                           | 1 (D9120) por cada año calendario   |  |
| D9210  | Anestesia local que no se aplica junto con procedimientos quirúrgicos o de operación          | 0 %                           |   |  |
| D9211  | Anestesia regional  | 0 %                           |   |  |
| D9212  | Anestesia por bloqueo de las divisiones del trigémino   | 0 %                           |   |  |
| D9215  | Anestesia local que se aplica junto con procedimientos quirúrgicos o de operación             | 0 %                           |   |  |
| D9219  | Evaluación de sedación moderada, sedación profunda o anestesia general                        | 0 %                           |   |  |
| D9222  | Sedación profunda/Anestesia general, primer incremento de 15 minutos                          | 0 %                           | Cubiertos cuando se aplican durante una cirugía bucal compleja o en caso de afecciones médicas documentadas. La aprensión o nerviosismo del paciente no es justificación suficiente para la sedación profunda/anestesia general o la sedación intravenosa. No se pagan si recibe otros servicios de sedación en la misma fecha de servicio. |  |
| D9223  | Sedación profunda/Anestesia general, cada incremento de 15 minutos posterior                  | 0 %                           | Cubiertos cuando se aplican durante una cirugía bucal compleja o en caso de afecciones médicas documentadas. La aprensión o nerviosismo del paciente no es justificación suficiente para la sedación profunda/anestesia general o la sedación intravenosa. No se pagan si recibe otros servicios de sedación en la misma fecha de servicio. |  |
| D9230  | Inhalación de óxido nitroso/Analgesia, ansiolisis   | 0 %                           | No se paga si se usa anestesia general, sedación intravenosa o sedación no intravenosa.   |  |
| D9239  | Sedación/Analgesia moderada (consciente) intravenosa, primer incremento de 15 minutos         | 0 %                           | Cubiertos cuando se aplican durante una cirugía bucal compleja o en caso de afecciones médicas documentadas. La aprensión o nerviosismo del paciente no es justificación suficiente para la sedación profunda/anestesia general o la sedación intravenosa.  |  |
| D9243  | Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, cada incremento de 15 minutos posterior | 0 %                           | Cubiertos cuando se aplican durante una cirugía bucal compleja o en caso de afecciones médicas documentadas. La aprensión o nerviosismo del paciente no es justificación suficiente para la sedación profunda/anestesia general o la sedación intravenosa.  |  |



## Plan Senior Care Plus Comprehensive

| Código CDT | Descripción  | Responsabilidad del asegurado | Limitaciones  | Se requiere documentación/radiografías |
|------------|--|-------------------------------|---|--|
| D9248      | Sedación no intravenosa (consciente), incluye sedación no intravenosa mínima y moderada                | 0 %                           | general o la sedación intravenosa. No se pagan si recibe otros servicios de sedación en la misma fecha de servicio. |  |
| D9310      | Consulta con otro proveedor que no sea el dentista que la solicita                                     | 0 %                           | 2 (D9310) por cada año calendario   |  |
| D9995      | Teleodontología, sincrónica; visita en tiempo real   | 0 %                           | 2 de (D9995, D9996) por cada año calendario   |  |
| D9996      | Teleodontología, asíncrona; información almacenada y reenviada al dentista para una revisión posterior | 0 %                           |   |  |