



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
Servicios de diagnóstico				
D0120	Evaluación bucal periódica	0 %	1 de (D0120-D0180) por cada año calendario	
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 %	1 de (D0270-D0274) por cada año calendario	
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	
Servicios preventivos				
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 %	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie, por diente, cada 3 años calendario	
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 %	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.
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 %		



Plan Senior Care Plus Comprehensive

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del asegurado	Limitaciones	Se requiere documentación/radiografías
	Servicios de restauración (continuación)			
D2712	Corona, compuesto con ¾ de resina (indirecta)	0 %	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.
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, ¾ de metal fundido (predominantemente común)	0 %		
D2782	Corona, ¾ de metal noble fundido	0 %		
D2783	Corona, ¾ 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 %	1 de (D2910, D2920) por diente por cada año calendario	
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 %		Se requiere presentar una reclamación para la radiografía de aleta de mordida y periapical preoperatoria
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 %		
	Servicios de endodoncia			
D3310	Tratamiento de endodoncia, diente anterior (sin incluir la restauración definitiva)	0 %	1 de (D3310-D3330) por diente de por vida	
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 %	1 de (D3346-D3348) por diente de por vida	
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 %	1 de (D3410-D3425) por diente de por vida	
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	0 %		
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	0 %		
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	0 %		
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	
	Servicios de periodontales			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante	0 %	1 de (D4210, D4211) por sitio/cuadrante cada 2 años calendario	
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 %	1 de (D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 2 años calendario	
D4261	Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante	0 %		
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	0 %	1 de (D4270-D4285) por sitio/cuadrante cada 2 años calendario	
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 %		



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 %	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
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	0 %		
	Servicios periodontales (continuación)			
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 integrales, visita posterior	0 %	1 (D4355) cada 3 años calendario	
D4910	Mantenimiento periodontal	0 %	2 de (D1110, D4346, D4910) por cada año calendario	
	Servicios de prostodoncia extraíble			
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 %	1 (D5520) 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.	
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 %	1 de (D5710-D5761) 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.	
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 %		
	Servicios de prostodoncia extraíble (continuación)			
D5810	Dentadura postiza completa temporal, maxilar	0 %	1 de (D5810-D5821) por arco cada 5 años calendario	
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 %		
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	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.	
D5863	Sobredentadura completa, maxilar	0 %	1 de (D5110-D5226, D5282, D5283, D5863-D5866) por arco cada 5 años calendario	
D5864	Sobredentadura, parcial, maxilar	0 %		
D5865	Sobredentadura, completa, mandibular	0 %		
D5866	Sobredentadura, parcial, mandibular	0 %		
	Servicios bucales y maxilofaciales			
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	0 %		Se requiere presentar una reclamación para la radiografía periapical preoperatoria y la fotografía narrativa.
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 fístula oroantral	0 %	1 de (D7260, D7261) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario	
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	0 %		
D7270	Reimplante dentario o estabilización de un diente, accidente	0 %	1 de (D7270, D7272) por diente cada 5 años calendario	
D7272	Trasplante de diente	0 %		
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 %	1 de (D7282, D7283) por diente cada 5 años calendario	
D7283	Colocación de aparato para facilitar la erupción, impactación	0 %		
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso, diente)	0 %	1 de (D7285-D7288) por sitio cada 5 años calendario	
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando	0 %		
D7287	Recolección exfoliativa de muestra citológica	0 %		
D7288	Biopsia por cepillado, obtención de muestras transepiteliales	0 %		
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	0 %		
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 %	1 de (D7292-D7294) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario	
D7293	Colocación de dispositivo de anclaje temporal que requiere colgajo	0 %		
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 %	1 de (D7310-D7321) por sitio/cuadrante cada 5 años calendario	
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 %		
Servicios bucales y maxilofaciales (continuación)				
D7471	Extracción de exostosis lateral maxilar o mandibular	0 %	1 de (D7471-D7473) de por vida	
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	
Servicios complementarios generales				
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 %		
D9230	Inhalación de óxido nitroso/Analgesia, ansiólisis	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	
D9243	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, cada incremento de 15 minutos posterior	0 %		



Plan Senior Care Plus Comprehensive

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del asegurado	Limitaciones	Se requiere documentación/radiografías
			general o la sedación intravenosa. No se pagan si recibe otros servicios de sedación en la misma fecha de servicio.	
D9248	Sedación no intravenosa (consciente), incluye sedación no intravenosa mínima y moderada	0 %	No se paga si se usa anestesia general, sedación intravenosa u óxido nitroso.	
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 %		