

Cobertura dental complementaria 2024

KelseyCare Advantage (HMO) INSERTAR A LA EVIDENCIA DE COBERTURA DE 2024 para el plan Classic (H0332-002) Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede adquirir Beneficios complementarios opcionales dentales

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “Beneficios complementarios opcionales”. Si desea estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse en ellos y pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.

Agregar beneficios complementarios opcionales a su plan

Debe estar inscrito en el plan KelseyCare Advantage Classic (HMO) y tener un número de identificación del plan para inscribirse en nuestro Plan de beneficios complementarios opcionales. La inscripción en nuestro Plan de beneficios complementarios opcionales es opcional y requiere una prima mensual de \$32.80.

No hay período de espera para acceder a los servicios.

Inscripción en beneficios complementarios opcionales

Para inscribirse en el Plan de beneficios complementarios opcionales, llame al equipo de asistencia de KelseyCare Advantage al 713-442-2273 para realizar una solicitud. La inscripción en el Plan de beneficios complementarios opcionales puede solicitarse en el momento de la inscripción en el plan KelseyCare Advantage Classic o en cualquier momento después de la membresía en el año de beneficios actual. Puede inscribirse en el Plan de beneficios complementarios opcionales si proporciona una solicitud de inscripción en beneficios complementarios completada durante uno de los siguientes momentos: Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, para que la cobertura entre en vigencia el 1 de enero del año siguiente o en cualquier momento durante el año de beneficio actual a fin de que la cobertura comience el primer día del mes siguiente.

Cancelación de la inscripción en el Plan de beneficios complementarios opcionales

Si desea cancelar su inscripción en nuestro Plan de beneficios complementarios opcionales, puede llamar a Servicio al cliente al 713-442-2273.

Las solicitudes de cancelación de inscripción en el Plan de beneficios complementarios opcionales recibidas a más tardar el último día del mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente. Los miembros serán responsables del pago de la prima del Plan de beneficios complementarios opcionales para el mes siguiente si

la solicitud de cancelación de inscripción se recibe después del último día del mes actual. Cancelar la inscripción de nuestro Plan de beneficios complementarios opcionales no dará lugar a la cancelación de la inscripción en su plan de salud.

Se le facturará la prima del primer mes correspondiente al Plan de beneficios complementarios opcionales. Si desea cambiar la forma en que paga su prima, deberá comunicarse con el equipo de asistencia de KelseyCare Advantage al 713-442-2273 después de convertirse en miembro.

La falta de pago de las primas para nuestro Plan de beneficios complementarios opcionales no dará lugar a la cancelación de la inscripción en su plan de salud. Sin embargo, usted perderá su Plan de beneficios complementarios opcionales y volverá al plan de beneficios básico.

Si cancela su inscripción en su Plan KelseyCare Advantage, se le cancelará automáticamente su inscripción en su Plan de beneficios complementarios opcionales.

Si tiene un procedimiento cubierto en curso en el momento de la terminación de su Plan de beneficios complementarios opcionales, su proveedor completará el procedimiento. Si cancelamos el contrato de la oficina de su proveedor de red, o si la oficina de su proveedor de red cancela su contrato con nosotros, será nuestra responsabilidad ver que usted recibe sus beneficios en la oficina de otro proveedor de red.

Reinscripción en beneficios complementarios opcionales

Si ha cesado el pago de la prima o ha solicitado cancelar sus beneficios complementarios opcionales, no podrá volver al plan de beneficios complementarios opcionales hasta el siguiente año calendario.

Reembolso de la prima

Los miembros inscritos en nuestro Plan de beneficios complementarios opcionales tienen una prima mensual del plan y tienen derecho a un reembolso por cualquier pago excesivo de las primas del plan realizado durante el transcurso del año o en el momento de la cancelación de la inscripción. Los sobrepagos de las primas del Plan de beneficios complementarios opcionales se reembolsarán a solicitud o cancelación de la inscripción. Reembolsaremos cualquier sobrepago en un plazo de 30 días hábiles desde la notificación. Podremos aplicar su sobrepago de las primas del Plan de beneficios complementarios opcionales a las primas mensuales de su plan de salud, si las hubiera.

La cobertura del Plan de beneficios complementarios opcionales descrita a continuación solo se ofrece a los miembros que están inscritos en el plan Classic (HMO). Si actualmente no está inscrito en el Plan de beneficios complementarios opcionales y desea tener la cobertura adicional, puede llamar a KelseyCare Advantage para obtener más información.

Sujeto a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones especificados en nuestro inserto dental complementario opcional, usted debe recibir servicios dentales cubiertos de los proveedores dentales participantes. Consulte la sección a continuación "Limitaciones y exclusiones" para ver las exclusiones y limitaciones dentales. Los servicios recibidos de dentistas no participantes no están cubiertos por este plan.

KS Plan Administrators, LLC se ha asociado con el administrador dental (FCL Dental) para proporcionar servicios dentales complementarios opcionales a través de proveedores dentales participantes.

FCL Dental

El paquete de beneficios complementarios opcionales de FCL Dental cubre más allá de lo que requiere Medicare. Este plan tiene una prima mensual del plan de \$32.80. Esto se suma a cualquier prima del plan que pueda tener para su plan de Medicare Parte B o Medicare Advantage. Estos beneficios complementarios opcionales incluyen los principales servicios dentales enumerados en la siguiente tabla. Los beneficios

complementarios opcionales no se pueden combinar con ningún otro beneficio dental que se pueda ofrecer en su plan o cualquier otro plan ofrecido a través de un empleador o sindicato.

Si tiene preguntas adicionales, llame al Servicio al cliente de FCL Dental al 1-866-535-8343.

Cómo elegir un dentista de la red

Hay varias formas de encontrar un dentista de la red. Puede visitar FCLDental.com/provider-search y buscar por ubicación o nombre de proveedor. También puede llamar al Servicio al cliente de FCL Dental al 1-866-535-8343 si necesita que se le envíe un directorio de proveedores o necesita ayuda para encontrar un dentista participante. El dentista de la red proporcionará la mayoría de los servicios, ya sea directamente o a través de un higienista dental autorizado. Los servicios prestados por un dentista especializado en la red no requieren una derivación de su dentista estándar de la red, pero le recomendamos que consulte primero con él/ella. Debe utilizar un dentista de la red para cubrir los servicios.

Después de elegir un dentista de la red, simplemente llame y programe su cita. Informe al consultorio dental a qué plan de salud pertenece y entregue su tarjeta de identificación de miembro de KelseyCare Advantage en la cita.

La compra de este Plan de beneficios complementarios opcionales no garantiza que usted vaya a obtener servicios dentales específicos de un dentista en particular. Si está utilizando un dentista de la red, confirme siempre la participación del dentista en la red antes de recibir atención. Si cancelamos el contrato de un dentista de la red, o si un dentista de la red cancela su contrato con nosotros, usted tiene la libertad de elegir otro dentista de la red para su atención.

Solo los servicios dentales enumerados en la Tabla de cobertura de FCL Dental a continuación estarán cubiertos por el Plan de beneficios complementarios opcionales. Debe pagar todos los cargos por servicios no cubiertos al dentista en el momento de los servicios. **Es su responsabilidad comprender su cobertura dental y usar sus beneficios dentales de manera adecuada.**

Los dentistas de la red pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado que detalle los riesgos, beneficios dentales, costos y alternativas a todos los tratamientos recomendados. En la realización de los tratamientos dentales recomendados, es posible que los resultados no siempre se predigan con precisión. A veces, un dentista específico de la red debe juzgar la atención continua que sea lo mejor para usted. Después del procedimiento, es obligación del dentista de la red explicar en detalle por qué se requirieron estos cambios en el tratamiento y explicarle las diferencias en los costos, si las hubiera.

Programe una cita

Una vez que haya seleccionado un dentista de la red, puede concertar una cita llamando directamente a ese consultorio dental. Si tiene alguna pregunta con respecto a las ubicaciones de las oficinas, el horario de oficina o el horario de emergencia, llame a la Oficina dental que seleccionó o llame al Servicio al cliente de FCL Dental. Para obtener información sobre otros proveedores dentales de la red en su área, póngase en contacto con el Servicio al cliente de FCL o visite el sitio web indicado anteriormente.

Servicios dentales cubiertos por el plan de FCL Dental

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones descritas en este inserto del Plan de beneficios complementarios opcionales. Los Servicios dentales descritos en esta sección son Servicios dentales cubiertos cuando dichos servicios:

- Son brindados por o bajo la dirección de un dentista autorizado u otro proveedor apropiado según se describe específicamente; y
- No se excluyen como se describe en este inserto del Plan de beneficios complementarios opcionales.

Tabla de cobertura de FCL Dental:

Es posible que reciba los siguientes servicios dentales:

Los beneficios recibidos fuera de la red no están cubiertos, usted será responsable de todos los costos.

Descripción de la cobertura

Importe de la prima mensual	\$32.80
Deducible anual	\$25
Máximo anual (después de agotar el máximo anual, los cargos restantes son su resp	\$3,000

Porcentaje de gastos dentales cubiertos por pagar: Los cargos cubiertos que superen el deducible anual se pagarán por el plan dental KelseyCare Advantage hasta el máximo anual de \$3,000 a las tasas de coseguro que se indican a continuación:

Tipo de servicio	Descripción del ser	Tasa de cobert	Monto que paga
Tipo II	Servicios básicos	80 %	20 % del costo
Tipo III	Servicios principales	50 %	50 % del costo

CONSULTE LA LISTA DE CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO AL FINAL DE ESTA SECCIÓN

LIMITACIONES Y EXCLUSIÓN. Los gastos cubiertos no incluirán, y no se pagarán beneficios por, lo siguiente:

1. Para cualquier tratamiento que sea con fines estéticos o para corregir malformaciones congénitas, excepto para la atención médicamente necesaria y el tratamiento del labio leporino y el paladar hendido congénitos.
2. Para reemplazar cualquier aparato protésico, restauración de corona y de incrustación inlay u onlay; o bien, puente fijo dentro de los cinco años posteriores a la fecha de la última colocación de estos artículos, a menos que sea necesario debido a una lesión corporal accidental sufrida mientras el Asegurado está cubierto. La sustitución no está cubierta si el artículo se puede reparar.
3. Para la colocación inicial de cualquier aparato protésico o puente fijo, a menos que dicha colocación sea necesaria debido a la extracción de dientes naturales durante el mismo período de cobertura continua. Pero la extracción de un tercer molar (muela de juicio) no calificará el artículo para el pago. Dichos aparatos o puentes fijos deben incluir la sustitución del diente o dientes extraídos. La cobertura no incluye la parte del costo que se aplica específicamente al reemplazo de los dientes extraídos antes del período de cobertura.
4. Para la adición de dientes a un dispositivo protésico existente o puente fijo, a menos que sea para la sustitución de dientes naturales extraídos durante el mismo período de cobertura continua.
5. Para cualquier gasto incurrido o procedimiento iniciado antes del período actual de cobertura continua del Asegurado.
6. Para cualquier gasto incurrido o procedimiento iniciado después de que finalice el seguro del Asegurado en virtud de esta sección, excepto para un aparato protésico, puente fijo, corona o

restauración de incrustación inlay u onlay para los cuales (a) el procedimiento comienza antes de que finalice el seguro y (b) el reemplazo final del artículo es dentro de los 90 días posteriores a la finalización del seguro.

7. Para duplicar aparatos o reemplazar aparatos perdidos o robados.
8. Para aparatos, restauraciones o procedimientos para:
 - a. alterar la dimensión vertical;
 - b. restaurar o mantener la oclusión;
 - c. entablillar o reemplazar la estructura dental perdida como resultado de la abrasión o desgaste; o
 - d. tratar fracturas o alteraciones de la mandíbula de la articulación temporomandibular.
9. Para educación o formación y suministros para asesoramiento dietético o nutricional, higiene bucal personal o control de placa dental.
10. Para citas canceladas o la cumplimentación de formularios de reclamación.
11. Para el servicio de ortodoncia o para cualquier servicio asociado con la terapia ortodóntica cuando no se elige esta cobertura opcional y no se paga la prima.
12. Para selladores que:
 - a. no se aplican a un molar permanente;
 - b. se aplican antes de los 6 años o después de cumplir los 16 años; o
 - c. se han vuelto a aplicar al molar en un plazo de tres años desde la fecha de una aplicación previa de sellador.
13. Para el curetaje subgingival o la planificación radicular (procedimientos número 4220 y 4341) a menos que la presencia de enfermedad periodontal se confirme mediante radiografías y resúmenes de profundidad de bolsillo de cada diente afectado.
14. Debido a una lesión del Asegurado que surja de un trabajo por salario o ganancia o en el transcurso de este.
15. Por la enfermedad, lesión o afección de un Asegurado para la cual es elegible para recibir beneficios en virtud de cualquier Ley de Compensación al Trabajador o ley similar.
16. Para cambios por los cuales el Asegurado no es responsable o que no se habrían realizado si no hubiera un seguro vigente.
17. Para servicios que no estén recomendados por un dentista, que no sean necesarios para la atención y el tratamiento necesarios, o que no tengan un pronóstico favorable razonable.
18. Debido a una guerra o a cualquier acto de guerra, declarado o no, o mientras se encuentra en servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país.
19. Para un Asegurado si el pago no es legal donde el Asegurado vive cuando incurre en gastos.
20. Para cualquier servicio relacionado con: equilibrado, registro de mordida o análisis de mordida.
21. Para coronas con el fin de entablillar periodontales.
22. Para cargos por: cualquier implante; sobredentaduras; acoplamiento de precisión o semiprecisión y tratamiento endodóntico asociado; otros acoplamiento personalizados; o técnicas o caracterizaciones de prostodoncia especializadas.
23. Para cargos por terapia miofuncional. Cirugía ortognática o protectores bucales deportivos.
24. Servicios o suministros proporcionados por un familiar o un miembro del hogar del Asegurado.

Predeterminación de beneficios: Como un servicio para proteger al Asegurado, el plan de FCL Dental le proporcionará una determinación previa de los beneficios, a solicitud de su dentista participante, para los planes de tratamiento recomendados que superen los \$300. Esta determinación previa de los beneficios explica cuáles de los procedimientos recomendados estarán cubiertos y por qué monto. Una determinación previa facilita la comprensión de su cobertura. Los miembros deben enviar el plan de tratamiento a

KelseyCare Advantage para su revisión y determinación previa de los beneficios antes de que comience el servicio.

Presentación de reclamaciones dentales:

ATN: Claims Department 101 Parklane Blvd, Suite 301, Sugar Land, TX 77478

Verificación de reclamaciones:

1-877-493-6282 (llamada gratuita)

Procedimientos de determinación, apelación y quejas de la organización

Si desea presentar una apelación o queja, consulte el proceso de Apelaciones y Quejas descrito en la Evidencia de cobertura de su Plan.

Registros dentales

Tendremos acceso a sus registros dentales y de tratamiento para determinar los beneficios, las reclamaciones de procesos, la revisión de la utilización, la garantía de calidad, la auditoría financiera o para cualquier otro fin razonablemente relacionado con los servicios dentales cubiertos. Usted deberá completar y enviarnos los consentimientos, autorizaciones y otros documentos adicionales que se soliciten para determinar o proporcionar beneficios. Nos reservamos el derecho de rechazar o suspender una reclamación por falta de información o registros dentales de respaldo.

CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTO

Código	Descripción del procedimiento	Frecuencia	Tipo de procedimiento
Restaurador (D2510-D2664 Una incrustación inlay/onlay por diente cada 60 meses)			
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente		Tipo II
D2150	Amalgama - dos superficies, primaria o permanente		Tipo II
D2160	Amalgama - tres superficies, primaria o permanente		Tipo II
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, primarias o permanentes		Tipo II
D2330	Compuesto a base de resina - una superficie - anterior		Tipo II
D2331	Compuesto a base de resina - dos superficies - anterior		Tipo II
D2332	Compuesto a base de resina - tres superficies - anterior		Tipo II
D2335	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies- anterior		Tipo II
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior		Tipo II
D2391	Compuesto a base de resina - una superficie, posterior		Tipo II
D2392	Compuesto a base de resina - dos superficies, posterior		Tipo II
D2393	Compuesto a base de resina - tres o más superficies, posterior		Tipo II
D2394	Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies - posterior		Tipo II
D2510	Inlay metálica - una superficie	1/60 meses	Tipo III
D2520	Inlay metálica - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D2530	Inlay metálica - tres o más superficies	1/60 meses	Tipo III

D2543	Onlay metálica - tres superficies	1/60 meses	Tipo III
D2544	Onlay metálica - cuatro o más superficies	1/60 meses	Tipo III
D2610	Inlay-porcelana/cerámica - una superficie	1/60 meses	Tipo III
D2620	Inlay-porcelana/cerámica - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D2630	Inlay-porcelana/cerámica - tres o más superficies	1/60 meses	Tipo III
D2642	Onlay - porcelana/cerámica - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D2643	Onlay - porcelana/cerámica - tres superficies	1/60 meses	Tipo III
D2644	Onlay - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies	1/60 meses	Tipo III
D2650	Inlay - compuesto a base de resina - una superficie	1/60 meses	Tipo III
D2651	Inlay - compuesto a base de resina - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D2652	Inlay - compuesto a base de resina - tres o más superficies	1/60 meses	Tipo III
D2662	Onlay - compuesto a base de resina - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D2663	Onlay - compuesto a base de resina - tres superficies	1/60 meses	Tipo III
D2664	Onlay - compuesto a base de resina - cuatro o más superficies	1/60 meses	Tipo III

Restauración (Coronas - Restauraciones individuales) (una corona por diente cada 60 meses)			
D2710	Corona - compuesto a base de resina (indirecta)	1/60 meses	Tipo III
D2720	Corona - resina con alto contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D2721	Corona - resina predominantemente con metal base	1/60 meses	Tipo III
D2722	Corona - resina con metal noble	1/60 meses	Tipo III
D2740	Corona - sustrato de porcelana/cerámica	1/60 meses	Tipo III
D2750	Corona - porcelana fusionada con alto contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D2751	Corona - porcelana fusionada principalmente con metal base	1/60 meses	Tipo III
D2752	Corona - porcelana fusionada con metal noble	1/60 meses	Tipo III
D2790	Corona - metal noble alto fundido	1/60 meses	Tipo III
D2791	Corona - metal base predominantemente fundido completo	1/60 meses	Tipo III
D2792	Corona - metal noble totalmente fundido	1/60 meses	Tipo III
D2920	Corona de cemento	1/60 meses	Tipo III
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente primario	1/60 meses	Tipo III
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada - diente permanente	1/60 meses	Tipo III
D2932	Corona de resina prefabricada	1/60 meses	Tipo III
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina	1/60 meses	Tipo III
D2950	Acumulación de núcleo, incluidos los pines cuando sea necesario	1/60 meses	Tipo III
D2951	Retención de clavos por diente, además de restauración	1/60 meses	Tipo III
D2952	Poste y núcleo además de la corona, fabricados indirectamente	1/60 meses	Tipo III
D2954	Poste y núcleo prefabricados además de la corona	1/60 meses	Tipo III
D2955	Después de la retirada	1/60 meses	Tipo III
Endodoncia (tratamiento del canal raíz) (D3110 o D3120, un código cada 60 meses, D3310, D3330 o			
D3110	Tapa de pulpa - directa (sin incluir la restauración final)	1 por	Tipo III
D3120	Tapa de pulpa - indirecta (excluyendo la restauración final)	1 por	Tipo III
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	1 por	Tipo III
D3230	Terapia pulpar (llenado reabsorbible) - primario anterior	1 por	Tipo III
D3240	Terapia pulpar (llenado reabsorbible) - primario posterior	1 por	Tipo III
D3310	Terapia endodóntica, anterior (excluyendo la restauración final)	1 por	Tipo III
D3320	Terapia endodóntica, bicúspide (excluyendo la restauración final)	1 por	Tipo III
D3330	Terapia endodóntica, molar (excluyendo la restauración final)	1 por	Tipo III
D3351	Apexificación/recalcificación - visita inicial	1 por	Tipo III
D3352	Apexificación/recalcificación - sustitución provisional de medicación	1 por	Tipo III
D3353	Apexificación/recalcificación - visita final	1 por	Tipo III
D3410	Apicectomía anterior	1 por	Tipo III
D3421	Apicectomía - bicúspide (primera raíz)	1 por	Tipo III
D3425	Apicectomía - molar (primera raíz)	1 por	Tipo III
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	1 por	Tipo III
D3430	Llenado retrógrado por raíz	1 por	Tipo III
D3450	Amputación de raíz por raíz	1 por	Tipo III
D3460	Implante óseo endodóntico	1 por	Tipo III
D3470	Reimplantación intencionada (incluido el entablillado necesario)	1 por	Tipo III

Periodoncia (se requiere revisión de la tabla para todos los códigos de periodoncia)			
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes/cuadrante	4	Tipo III
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - de uno a tres dientes/cuadrante	4	Tipo III
D4240	Colgajo gingival, incl. planificación de la raíz - cuatro o más	1 por	Tipo III
D4249	Alargamiento clínico de la corona - tejido duro	1/60 meses	Tipo III
D4260	Cirugía ósea - cuatro o más dientes/cuadrante	4	Tipo III
D4261	Cirugía ósea - de uno a tres dientes/cuadrante	4	Tipo III
D4263	Injerto de reemplazo óseo - primer lugar en el cuadrante	1/60 meses	Tipo III
D4264	Injerto de reemplazo óseo - cada sitio adicional en el cuadrante	1/60 meses	Tipo III
D4266	Regeneración guiada del tejido - barrera reabsorbible	1/60 meses	Tipo III
D4267	Regeneración guiada del tejido - barrera no reabsorbible	1/60 meses	Tipo III
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pedicular	1/60 meses	Tipo III
D4273	Injerto de tejido conjuntivo subepitelial, por diente	1/60 meses	Tipo III
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal	1/60 meses	Tipo III
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre, incluida la cirugía en el lugar donante, primer diente o posición dental edéntula en el	1/60 meses	Tipo III
D4341	Descamación periodontal y planificación de la raíz cuatro o más	4	Tipo III
D4342	Raspado periodontal y planificación de la raíz de uno a tres dientes	4	Tipo III
D4355	Desbridamiento bucal completo	1/12 meses	Tipo III
D4910	Mantenimiento periodontal	1/6 meses	Tipo III
Prostodoncia (extraíble) (D5110, D5130, D5211 o D5213 un código cada 60 meses, D5120, D5140, D5212 o D5214 un código cada 60 meses)			
D5110	Dentadura postiza completa - maxilar	1/60 meses	Tipo III
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular	1/60 meses	Tipo III
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar	1/60 meses	Tipo III
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular	1/60 meses	Tipo III
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - a base de resina	1/60 meses	Tipo III
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - a base de resina	1/60 meses	Tipo III
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - a base de resina/marco	1/60 meses	Tipo III
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - a base de resina/marco	1/60 meses	Tipo III
D5281	Dentadura parcial unilateral extraíble - una pieza de metal fundido	1/60 meses	Tipo III
D5730	Reforzar la dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)		Tipo III
D5731	Reforzar la dentadura postiza mandibular completa (en el		Tipo III
D5740	Reforzar la dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio)		Tipo III
D5741	Reforzar la dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio)		Tipo III
D5750	Reforzar la dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)		Tipo III
D5751	Reforzar la dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)		Tipo III
D5760	Reforzar dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)		Tipo III
D5761	Reforzar la dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)		Tipo III
D5863	Sobredentadura - maxilar completo	1/60 meses	Tipo III
D5864	Sobredentadura - maxilar parcial	1/60 meses	Tipo III
D5865	Sobredentadura - mandibular completa	1/60 meses	Tipo III
D5866	Sobredentadura - mandibular parcial	1/60 meses	Tipo III

Servicios de implantes			
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante - implante endóstico	1/120	Tipo III
D6040	Colocación quirúrgica - implante subperióstico	1/120	Tipo III
D6050	Colocación quirúrgica - grapa mandibular	1/120	Tipo III
D6058	Corona de cerámica/porcelana apoyada en pilar	1/120	Tipo III
D6059	Porcelana apoyada en pilar fusionada con corona metálica (metal	1/120	Tipo III
D6060	Porcelana apoyada en pilar fusionada con corona metálica	1/120	Tipo III
D6061	Porcelana apoyada en pilar fusionada con corona metálica (metal	1/120	Tipo III
D6062	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble alto)	1/120	Tipo III
D6063	Corona de metal fundido apoyada en pilar (principalmente metal	1/120	Tipo III
D6064	Corona de metal fundido con soporte de pilar (metal noble)	1/120	Tipo III
D6065	Cerámica/porcelana soportada por el implante	1/120	Tipo III
D6066	Porcelana apoyada en el implante fusionada con corona metálica	1/120	Tipo III
D6067	Corona de metal soportada por implante (titanio, aleación de titanio,	1/120	Tipo III
D6068	Retenedor apoyado en pilar para FPD de porcelana/cerámica	1/120	Tipo III
D6069	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida con metal	1/120	Tipo III
D6070	Retenedor apoyado en pilar para porcelana fusionada con metal	1/120	Tipo III
D6071	Retenedor apoyado en pilar para porcelana fusionada con metal	1/120	Tipo III
D6072	Retenedor con soporte de pilar para metal fundido FPD (metal noble	1/120	Tipo III
D6073	Retenedor apoyado en pilar para FPD de metal fundido	1/120	Tipo III
D6074	Retenedor apoyado en pilar para metal fundido FPD (metal noble)	1/120	Tipo III
D6075	Retenedor apoyado por implante para FPD cerámico	1/120	Tipo III
D6076	Retenedor apoyado en el implante para porcelana fusionada con fpd	1/120	Tipo III
D6077	Retenedor apoyado por implante para fpd de metal fundido (titanio,	1/120	Tipo III
D6094	Corona apoyada en pilar - (titanio)	1/120	Tipo III
D6100	Extracción del implante, por informe	1/120	Tipo III
D6194	Corona de retención con soporte de pilar para fpd (titanio)	1/60 meses	Tipo III
D6205	Póntico, compuesto a base de resina indirecta.	1/60 meses	Tipo III
D6210	Póntico - metal noble alto fundido	1/60 meses	Tipo III
D6211	Póntico - metal base fundido predominantemente	1/60 meses	Tipo III
D6212	Póntico - metal noble fundido	1/60 meses	Tipo III
D6214	Póntico, titanio	1/60 meses	Tipo III
D6240	Póntico - porcelana fusionada con alto contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6241	Póntico - porcelana fusionada principalmente con metal base	1/60 meses	Tipo III
D6242	Póntico - porcelana fusionada con contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6245	Póntico, porcelana/cerámica	1/60 meses	Tipo III
D6250	Póntico - resina con alto contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6251	Póntico - resina predominantemente con metal base	1/60 meses	Tipo III
D6252	Póntico - resina con contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6545	Retenedor - metal fundido para prótesis fijas unidas con resina	1/60 meses	Tipo III

Prostodoncia (fija) (D6720-D6792 Un código de corona por diente cada 60 meses)			
D6608	Onlay - porcelana/cerámica - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D6609	Onlay - porcelana/cerámica - tres o más superficies	1/60 meses	Tipo III
D6610	Onlay - metal noble alto fundido - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D6611	Onlay - metal noble alto fundido - tres o más superficies	1/60 meses	Tipo III
D6612	Onlay - metal base fundido predominantemente - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D6613	Onlay - metal base fundido predominantemente - tres+ superficies	1/60 meses	Tipo III
D6614	Onlay - metal noble fundido - dos superficies	1/60 meses	Tipo III
D6615	Onlay - metal noble fundido - tres o más superficies	1/60 meses	Tipo III
D6634	Onlay, titanio	1/60 meses	Tipo III
D6720	Corona - resina con alto contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6721	Corona - resina predominantemente con metal base	1/60 meses	Tipo III
D6722	Corona - resina con metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6740	Corona - porcelana/cerámica	1/60 meses	Tipo III
D6750	Corona - porcelana fusionada con alto contenido de metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6751	Corona - porcelana fusionada principalmente con metal base	1/60 meses	Tipo III
D6752	Corona - porcelana fusionada con metal noble	1/60 meses	Tipo III
D6780	Corona - 3/4 de metal noble alto fundido	1/60 meses	Tipo III
D6790	Corona - metal noble alto fundido	1/60 meses	Tipo III
D6791	Corona - metal base predominantemente fundido completo	1/60 meses	Tipo III
D6792	Corona - metal noble totalmente fundido	1/60 meses	Tipo III
D6940	Disyuntor de tensión	1/60 meses	Tipo III
Cirugía oral			
D7111	Extracción - restos coronales - diente deciduo	1 por diente	Tipo III
D7140	Extracción - diente en erupción o raíz expuesta	1 por diente	Tipo III
D7210	Extirpación quirúrgica del diente erupcionado	1 por diente	Tipo III
D7220	Eliminación del diente afectado - tejido blando	1 por diente	Tipo III
D7230	Eliminación del diente afectado - parcialmente óseo	1 por diente	Tipo III
D7240	Extracción del diente afectado - totalmente óseo	1 por diente	Tipo III
D7241	Extracción del diente afectado - totalmente óseo - complicaciones	1 por diente	Tipo III
D7250	Extracción quirúrgica de raíces residuales	1 por diente	Tipo III
D7272	Trasplante de dientes	1 por diente	Tipo III
D7282	Movilización del diente erupcionado o mal colocado para ayudar a la	1 por diente	Tipo III
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	1 por diente	Tipo III
D7291	Fibrotomía transeptal	1 por diente	Tipo III
D7310	Alveoplastia junto con extracciones/cuatro + por cuadrante	4	Tipo III
D7311	Alveoplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o	4	Tipo III
D7320	Alveoplastia no junto con extracciones/cuatro + por cuadrante	4	Tipo III
D7321	Alveoplastia no junto con extracciones, de uno a tres dientes o	4	Tipo III
D7340	Vestibuloplastia - extensión de cresta (epitelialización secundaria)	4	Tipo III
D7350	Vestibuloplastia - extensión de cresta (incluidos injertos de tejido)	4	Tipo III
D7961	frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	1 por diente	Tipo III
D7962	frenectomía lingual (frenulectomía)	1 por diente por vida	Tipo III

Cirugía oral, continuación			
D7970	Escisión de tejido hiperplásico - por arco	1 por diente por vida	Tipo III
D7971	Escisión de la encía pericoronar	1 por diente por vida	Tipo III