

La información en este documento es para el Año del Plan 2026.  
Para obtener la información del Año del Plan 2025, comuníquese con Servicio al Cliente.



**Sonría más con beneficios  
a su medida**



En Dominion National, sabemos que usted es único. Por eso hemos diseñado planes personalizados y prestamos un servicio excepcional, para que usted pueda prosperar y centrarse en lo que realmente le importa.

## TRABAJAMOS PARA EL BENEFICIO DE NUESTROS MIEMBROS, ENTREGANDO:

### REDES EXTENSAS<sup>2</sup>

La red de Choice PPO ofrece acceso a más de 387,000 dentistas en el país.<sup>1,3</sup>

La red del Plan Select (Select Plan) es una de las más grandes de la región del Atlántico Medio.<sup>3,4</sup>

Las redes Elite PPO y Elite ePPO proporcionan flexibilidad inigualable y menores costos de bolsillo.

Par buscar un proveedor participante, visite **DominionNational.com**.

### BENEFICIOS DE VALOR AGREGADO<sup>5</sup>

#### PROGRAMA DE RECOMPENSAS POR PREVENCIÓN

Obtenga limpiezas.

Obtengas recompensas.

Los suscriptores principales recibirán un pago de \$20 de Dominion por ellos mismos y por cada familiar inscrito que reciba dos limpiezas en un año calendario de un dentista participante.

¡No se necesitan otros pasos! Solo visite a su dentista participante dos veces al año para una limpieza, pídale que el reclamo, y Dominion enviará automáticamente el cheque de recompensa al suscriptor principal.

#### PROGRAMA DE DESCUENTO DE AUDICIÓN

[amplifonusa.com/dn](http://amplifonusa.com/dn)

Acceda a descuentos en aparatos auditivos y servicios de audición.<sup>6</sup>

#### DESCUENTO Z DENTAL

[Myzsonic.com/DN](http://Myzsonic.com/DN)

Acceda a descuentos en productos premium de cuidado bucal y accesorios que ofrece Z Dental.

### ACCESO SEGURO EN LÍNEA

Acceda a su tarjeta de identificación digital, busque un proveedor y más por medio de recursos seguros en línea.



**PORTAL PARA MIEMBROS**  
[DominionMembers.com](http://DominionMembers.com)



**SERVICIO DE COMUNICACIÓN MÓVIL DOMINION NATIONAL**

Regístrese en [DominionNational.com/go](http://DominionNational.com/go) o llamando al 888.596.0716



**ASISTENCIA POR CHAT EN DIRECTO**

Visite [DominionNational.com](http://DominionNational.com) para hablar por chat con un agente en directo.



**LLAMADA SIN COSTO, ACCESO LAS 24 HORAS llamando al 888.518.5338**

La información de elegibilidad y reclamos está disponible para miembros, administradores de beneficios y dentistas.

1 Reporte de análisis de Dominion National, 2024.

2 Las redes y productos varían por estado. Consulte la disponibilidad en su mercado de seguros estatal.

3 Los proveedores participantes están sujetos a cambios.

4 Plan de atención administrada con red exclusiva, copagos fijos del miembro, sin límites máximos anuales en dólares, sin períodos de espera y sin deducibles. En Nueva Jersey, los Planes Select están disponibles únicamente en los condados de Camden, Cumberland y Gloucester. Reporte de análisis de Dominion National, 2023. El Atlántico Medio incluye D.C., Delaware, Maryland, Nueva Jersey, Pensilvania y Virginia.

5 El aviso de ofertas de descuento es únicamente con fines informativos y no constituye una recomendación médica. Las ofertas de descuento están sujetas a cambios sin aviso.

6 Visite [amplifonusa.com/dn](http://amplifonusa.com/dn) para obtener toda la información. Amplifon Hearing Health Care Corp. administra los servicios de audición.

El plan dental está suscrito por Dominion Dental Services, Inc. (en adelante, "Dominion").



**Elite ePPO Premium (PA)**  
**Descripción de servicios, copagos del miembro, exclusiones y limitaciones de los servicios para adultos (mayores de 19 años)**

**Aspectos destacados del plan**

- Este plan tiene copagos fijos. Los proveedores dentro de la red (IN) contrataron a Dominion y aceptan el copago de los miembros IN como pago total.
- No hay cobertura fuera de la red (con la excepción de los servicios de emergencia fuera del área o para los servicios prestados cuando remiten a un miembro a un especialista fuera de la red).
- No hay períodos de espera.
- Si el curso del tratamiento va a exceder los \$300, se recomienda una revisión previa.

| Deducible anual   |                                      | Dentro de la red     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada miembro debe pagar la cantidad deducible dentro de la red por los servicios dentales antes de que el plan comience a cubrir los procedimientos dentales del miembro. Hay un deducible de \$25 por miembro adulto por año calendario y la cantidad del deducible de un solo adulto debe cumplirse antes de cumplir el deducible de tres o más adultos. Para tres o más adultos, la cantidad máxima total combinada del deducible para todos los miembros adultos es de \$75 por año calendario, momento en el que el deducible no se aplica a los miembros adultos restantes.</li> </ul>  |
|---|--------------------------------------|----------------------|--|
| Adulto individual                                       |                                      | \$25                 |  |
| Tres o más adultos                                      |                                      | \$75                 |  |
| Se aplica a:  |                                      | Clase 2 y clase 3    |  |
| Máximos   |                                      | Dentro de la red     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El máximo listado es la cantidad en dólares que el plan pagará por el costo de la atención dental en el período especificado.</li> </ul>  |
| Anual   |                                      | \$1,500              |  |
| Lifetime Ortho  |                                      | N/A                  |  |
| El máximo anual se aplica a: Clase 1, Clase 2 y Clase 3 |                                      |                      |  |
| Servicios de transferencia                              | Servicio máximo (pagado por el Plan) | Transferencia máxima | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un miembro puede ser elegible para una transferencia de máximo anual no usados para Servicios de Clase 1, 2 y 3. Deben cumplirse los siguientes requisitos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe presentarse al menos un reclamo para servicios cubiertos de Clase 1 durante el año calendario.</li> <li>• El miembro debe haber recibido servicios que excedan cualquier deducible.</li> <li>• El miembro no debe haber recibido servicios que excedan el máximo de servicio, que es la cantidad que paga el plan.</li> <li>• Si es elegible, la cantidad de servicios de transferencia no puede ser mayor que el máximo de transferencia.</li> <li>• Los servicios de transferencia de un miembro pueden eliminarse y el servicio acumulado perderse, si hay una interrupción en la cobertura por cualquier período de tiempo, por cualquier motivo, o si se excede el máximo de servicio en cualquier año calendario dado.</li> </ul> </li> </ul> |
| Cantidades máximas                                      | \$750                                | \$1,875              |  |

| ADA CÓDIGO  | DESCRIPCIÓN  | IN | ADA CÓDIGO | DESCRIPCIÓN  | IN |
|---|--|----|------------|--|----|
| <b>Clase 1 Diagnóstico/preventivo</b><br><b>Recompensas por prevención: El suscriptor principal recibirá un pago de \$20 de Dominion por cada familiar que reciba dos limpiezas durante el año calendario de un dentista que participe en la red de Elite Plan.</b> |  |    | D0272      | Radiografías de mordida – dos radiografías .....   | 0  |
| D0120   | Evaluación oral periódica – paciente establecido.....                | 0  | D0273      | Radiografía de mordida – tres radiografías .....   | 0  |
| D0140   | Evaluación oral limitada – centrada en el problema .....             | 0  | D0274      | Radiografía de mordida – cuatro radiografías .....   | 0  |
| D0150   | Evaluación oral completa – paciente nuevo o establecido.....         | 0  | D0277      | Radiografías verticales de mordida – de 7 a 8 radiografías .....                               | 0  |
| D0160   | Evaluación oral detallada y extensa – centrada en el problema ...    | 0  | D0330      | Radiografía panorámica.....  | 0  |
| D0170   | Reevaluación – limitada, centrada en el problema .....               | 0  | D0340      | radiografía cefalométrica 2D .....   | 0  |
| D0180   | Evaluación periodontal completa – paciente nuevo o establecido ..... | 0  | D0350      | Imágenes fotográficas orales/faciales 2D.....  | 0  |
| D0210   | Intraoral – serie completa de radiografías.....                      | 0  | D0372      | Tomosíntesis intraoral – serie completa de radiografías .....                                  | 0  |
| D0220   | Intraoral – primera radiografía periapical.....                      | 0  | D0373      | Tomosíntesis intraoral – radiografía de mordida.....   | 0  |
| D0230   | Intraoral – cada radiografía periapical adicional.....               | 0  | D0374      | Tomosíntesis intraoral – radiografía periapical.....   | 0  |
| D0240   | Intraoral – radiografía oclusal.....                                 | 0  | D0387      | Tomosíntesis intraoral – serie completa de radiografías – únicamente captura de imágenes ..... | 0  |
| D0250   | Extraoral – radiografía de proyección 2D .....                       | 0  | D0388      | Tomosíntesis intraoral – radiografía de mordida – únicamente captura de imágenes .....         | 0  |
| D0270   | Radiografías de mordida – radiografía única.....                     | 0  | D0389      | Tomosíntesis intraoral – radiografía periapical – únicamente captura de imágenes .....         | 0  |
|   |  |    | D0460      | Pruebas de vitalidad pulpar.....   | 0  |



| ADA<br>CÓDIGO  | DESCRIPCIÓN   | IN  | ADA<br>CÓDIGO  | DESCRIPCIÓN   | IN  |
|----------------|---|-----|----------------|---|-----|
| D3351          | Apexificación/recalcificación – visita inicial (cierre apical/ reparación calcificada de perforaciones, resorción radicular, etc.) para dientes permanentes y debe seguir 4–6 meses de cicatrización o estrechamiento del canal .....                       | 170 | D4277          | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluyendo la operación del lugar donante), primer diente o posición del diente edéntulo en el injerto.....                      | 381 |
| D3352          | Apexificación/recalcificación – reemplazo provisional de medicamentos (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, resorción radicular, etc.) para dientes permanentes y debe seguir 4–6 meses de cicatrización o estrechamiento del canal ..... | 83  | D4278          | Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluyendo la operación del lugar donante), cada diente contiguo adicional o posición edéntula en el mismo lugar del injerto.... | 30  |
| D3353          | Apexificación/recalcificación – visita final (incluye terapia de tratamiento de canal completo – cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.) .....  | 179 | D4286          | Extracción de la barrera no reabsorbible .....  | 100 |
| D3410          | Apicectomía – anterior .....  | 414 | D4341          | Raspado periodontal y alisado radicular – >3 dientes contiguos, por cuadrante .....   | 97  |
| D3421          | Apicectomía – premolar (primera raíz) .....   | 446 | D4342          | Raspado periodontal y alisado radicular – <= 3 dientes, por cuadrante .....   | 52  |
| D3425          | Apicectomía – molar (primera raíz) .....  | 543 | D4346          | Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave – toda la boca, después de evaluación oral ...   | 30  |
| D3426          | Apicectomía – (cada raíz adicional) .....   | 145 | D4355          | Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en visita posterior .....  | 60  |
| D3430          | Empaste retrógrado – por raíz .....   | 138 | D4381          | Aplicación localizada de agentes antimicrobianos .....  | 42  |
| D3450          | Resección radicular – por raíz .....  | 258 | D4910          | Mantenimiento periodontal .....   | 75  |
| D3471          | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular – anterior....  | 414 | D4920          | Cambio de apósito no programado (por alguien que no sea el dentista tratante).....  | 49  |
| D3472          | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular – premolar...   | 446 |                |   |     |
| D3473          | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular – molar.....  | 543 | <b>Clase 3</b> | <b>Prótesis (dentaduras postizas)</b>   |     |
| D3501          | Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular – anterior .....  | 414 | D5110          | Dentadura postiza completa – maxilar/mandibular .....   | 560 |
| D3502          | Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular – premolar .....  | 446 | D5120          | Dentadura postiza completa – maxilar/mandibular .....   | 560 |
| D3503          | Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular – molar .....   | 543 | D5130          | Dentadura postiza inmediata – maxilar/mandibular .....  | 565 |
| D3920          | Hemisección, no incluye la terapia de tratamiento de canal....  | 194 | D5140          | Dentadura postiza inmediata – maxilar/mandibular .....  | 565 |
| D3921          | Decoronación o sumersión de un diente erupcionado .....   | 100 | D5211          | Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular – base de resina .....   | 375 |
|                |   |     | D5212          | Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular – base de resina .....   | 375 |
| <b>Clase 3</b> | <b>Periodoncia</b>  |     | D5213          | Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular – metal colado .....   | 625 |
| D4210          | Gingivectomía o gingivoplastia – >3 dientes contiguos, por cuadrante.....   | 198 | D5214          | Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular – metal colado....   | 625 |
| D4211          | Gingivectomía o gingivoplastia – <= 3 dientes, por cuadrante ...  | 100 | D5221          | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata – base de resina....  | 375 |
| D4240          | Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular – cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante .....   | 368 | D5222          | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata – base de resina .....   | 375 |
| D4241          | Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular – uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante .....   | 221 | D5223          | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata – metal colado ..   | 625 |
| D4249          | Alargamiento clínico de la corona – tejido duro (cubierto cuando se extrae el hueso, una vez por diente cada 60 meses) .....  | 379 | D5224          | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata – metal colado.....  | 625 |
| D4260          | Operación ósea – >3 dientes contiguos, por cuadrante .....  | 600 | D5225          | Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular – base flexible...   | 625 |
| D4261          | Operación ósea – <= 3 dientes contiguos, por cuadrante .....  | 360 | D5226          | Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular – base flexible...   | 625 |
| D4263          | Injerto óseo de reemplazo – diente natural retenido – primer lugar en cuadrante (una vez por lugar cada 36 meses) .....   | 230 | D5227          | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata – base flexible (incluyendo ganchos, apoyos y dientes).....   | 625 |
| D4264          | Injerto óseo de reemplazo – diente natural retenido – cada lugar adicional en el cuadrante, no exceder 2 lugares por cuadrante (una vez por lugar cada 36 meses) .....  | 134 | D5228          | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata – base flexible (incluyendo ganchos, apoyos y dientes).....  | 625 |
| D4265          | Material biológico para favorecer la regeneración de tejido blando y óseo, (una vez por lugar cada 36 meses) .....  | 194 | D5282          | Dentadura postiza removible unilateral – metal colado de una pieza, maxilar.....  | 318 |
| D4266          | Regeneración guiada de tejido – barrera reabsorbible, por lugar (no exceder 2 lugares por cuadrante cada 36 meses) .....  | 341 | D5283          | Dentadura postiza removible unilateral – metal colado de una pieza, mandibular .....  | 318 |
| D4267          | Regeneración guiada de tejido – barrera no reabsorbible, por lugar (incluye la extracción de la membrana, no exceder 2 lugares por cuadrante cada 36 meses) .....   | 358 | D5284          | Dentadura postiza parcial removible unilateral – base flexible de una pieza (incluyendo ganchos y dientes) – por cuadrante ...  | 318 |
| D4270          | Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado (una vez por diente cada 36 meses, no exceder 2 dientes cada 36 meses) .....   | 401 | D5286          | Dentadura postiza parcial removible unilateral – de resina de una pieza (incluyendo ganchos y dientes) – por cuadrante .....  | 318 |
| D4273          | Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluye operación del lugar donante; una vez por diente cada 36 meses, no exceder 2 dientes cada 36 meses) .....   | 626 | D5410          | Ajuste de dentadura postiza completa – maxilar/mandibular....   | 20  |
| D4274          | Procedimiento en cuña mesial/distal, diente único .....   | 194 | D5411          | Ajuste de dentadura postiza completa – maxilar/mandibular....   | 20  |
| D4275          | Injerto de tejido conectivo no autógeno (una vez por diente cada 36 meses, no exceder 2 dientes cada 36 meses) .....  | 405 | D5421          | Ajuste de dentadura postiza parcial – maxilar/mandibular .....  | 20  |
| D4276          | Tejido conectivo combinado e injerto pedicular doble (una vez por diente cada 36 meses, no exceder 2 dientes cada 36 meses) .....   | 544 | D5422          | Ajuste de dentadura postiza parcial – maxilar/mandibular .....  | 20  |
|                |   |     | D5511          | Reparación de base de dentadura postiza completa fracturada, mandibular.....  | 59  |
|                |   |     | D5512          | Reparación de base de dentadura postiza completa fracturada, maxilar .....  | 59  |
|                |   |     | D5520          | Reemplazo de dientes perdidos o quebrados – dentadura postiza completa – por diente.....  | 65  |
|                |   |     | D5611          | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular .....   | 59  |
|                |   |     | D5612          | Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar .....  | 59  |
|                |   |     | D5621          | Reparación de estructura de prótesis parcial colada, mandibular .....   | 59  |
|                |   |     | D5622          | Reparación de estructura de prótesis parcial colada, maxilar..  | 59  |



| ADA<br>CÓDIGO                | DESCRIPCIÓN  | IN  | ADA<br>CÓDIGO                                  | DESCRIPCIÓN   | IN   |
|------------------------------|--|-----|--|---|------|
| D6611                        | Retenedor tipo onlay – metal noble superior colado, >=3 superficies .....  | 401 | D7340  | Vestibuloplastia – extensión de la cresta (epitelización secundaria).....   | 690  |
| D6612                        | Retenedor tipo onlay – metal colado predominantemente base, dos superficies .....  | 415 | D7350  | Vestibuloplastia: extensión de la cresta (incluyendo injertos de tejido blando, reinserción muscular, revisión de inserción de tejido blando y manejo de tejido hipertrofiado e hiperplásico) ..... | 1322 |
| D6613                        | Retenedor tipo onlay – metal colado predominantemente base, >=3 superficies .....  | 401 | D7509  | Marsupialización de quiste odontogénico.....  | 400  |
| D6614                        | Retenedor tipo onlay – metal noble colado, dos superficies....   | 415 | D7922  | Colocación de apósito biológico intraalveolar para favorecer la hemostasia o estabilización del coágulo, por lugar .....  | 25   |
| D6615                        | Retenedor tipo onlay – metal noble colado, >=3 superficies ...   | 401 | D7961  | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía).....   | 322  |
| D6624                        | Retenedor tipo incrustación – titanio.....   | 401 | D7962  | Frenectomía lingual (frenulectomía).....  | 322  |
| D6634                        | Retenedor tipo onlay – titanio.....  | 401 | D7963  | Frenuloplastia (una vez por lugar) .....  | 322  |
| D6710                        | Corona retenedora – resina compuesta indirecta .....   | 502 | D7970  | Escisión de tejido hiperplásico – por arco .....  | 322  |
| D6720                        | Corona retenedora – resina con metal.....  | 446 | D7971  | Escisión de la encía pericoronar.....   | 106  |
| D6721                        | Corona retenedora – resina con metal.....  | 425 | D7979  | Sialolitotomía no quirúrgica .....  | 35   |
| D6722                        | Corona retenedora – resina con metal.....  | 425 | D7980  | Sialolitotomía quirúrgica .....   | 644  |
| D6740                        | Corona retenedora – porcelana/cerámica.....  | 506 | D7981  | Escisión de la glándula salival, por informe .....  | 2300 |
| D6750                        | Corona retenedora – porcelana fundida sobre metal noble superior .....   | 520 | D7982  | Sialodocoplastia.....   | 1380 |
| D6751                        | Corona retenedora – porcelana fundida sobre metal predominantemente base.....  | 475 | D7983  | Cierre de fistula salival.....  | 1196 |
| D6752                        | Corona retenedora – porcelana fundida sobre metal noble ....   | 475 |  |   |      |
| D6753                        | Corona retenedora – porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio .....  | 502 | <b>Clase 3 Servicios generales adicionales</b> |   |      |
| D6780                        | Corona retenedora – 3/4 metal noble superior colado.....   | 410 | D9110  | Tratamiento paliativo del dolor dental – por visita.....  | 35   |
| D6781                        | Corona retenedora – 3/4 metal colado predominantemente base .....  | 375 | D9120  | Sección parcial de dentadura postiza fija (una vez por diente)....  | 35   |
| D6782                        | Corona retenedora – 3/4 metal noble colado .....   | 404 | D9210  | Anestesia local.....  | 14   |
| D6784                        | Corona retenedora 3/4 – titanio y aleaciones de titanio.....   | 502 | D9222  | Sedación profunda/anestesia general – primeros 15 minutos ....  | 58   |
| D6790                        | Corona retenedora – metal noble superior fundido completo....  | 512 | D9223  | Sedación profunda/anestesia general – cada 15 minutos posteriores .....   | 58   |
| D6791                        | Corona retenedora – metal fundido completo predominantemente base.....   | 446 | D9239  | Sedación/analgesia moderada intravenosa – primeros 15 minutos .....   | 58   |
| D6792                        | Corona retenedora – metal noble colado completo .....  | 473 | D9243  | Sedación/analgesia moderada intravenosa – cada 15 min posteriores .....   | 58   |
| D6793                        | Corona retenedora provisional (si se usa al menos 6 meses durante la atención en varias etapas) .....                            | 156 | D9248  | Sedación consciente no intravenosa .....  | 89   |
| D6794                        | Corona retenedora – titanio y aleaciones de titanio .....  | 502 | D9310  | Consulta (servicio de diagnóstico por dentista no tratante) ....  | 40   |
| D6930                        | Recementar o readherir dentadura postiza parcial fija .....  | 50  | D9613  | Infiltración de medicamento terapéutico de liberación prolongada, por cuadrante .....   | 190  |
| D6980                        | Reparación parcial de dentadura postizas fija necesaria por falla del material de restauración.....                              | 100 | D9942  | Reparación o reajuste de guarda oclusal (solo cuando tuvo el beneficio de D9940 y después de 6 meses de la colocación inicial) .....  | 82   |
|                              |  |     | D9944  | Guarda oclusal – aparato rígido, arco completo.....   | 220  |
| <b>Clase 3 Cirugía bucal</b> |  |     | D9945  | Guarda oclusal – aparato blando, arco completo.....   | 220  |
| D7111                        | Extracción, restos de corona – diente primario .....   | 40  | D9946  | Guarda oclusal – aparato duro, arco parcial.....  | 220  |
| D7140                        | Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta .....   | 50  | D9953  | Reajuste de aparato personalizado para apnea del sueño (indirecto).....   | 175  |
| D7210                        | Extracción, diente erupcionado que necesita elevación, etc. ...  | 104 | D9995  | Teleodontología – sincrónica; consulta en tiempo real (cuando esté disponible) .....  | 0    |
| D7220                        | Extracción de diente impactado – tejido blando .....   | 130 | D9996  | Teleodontología – asincrónica; información que se almacena y se envía al dentista para que la revise posteriormente (cuando esté disponible) .....  | 0    |
| D7230                        | Extracción de diente impactado – parcialmente óseo .....   | 190 | D9997  | Administración de casos dentales – pacientes con necesidades especiales de atención médica .....  | 50   |
| D7240                        | Extracción de diente impactado – completamente óseo .....  | 225 |  |   |      |
| D7241                        | Extracción de diente impactado – completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.....                               | 235 | <b>Clase 4 Ortodoncia – No está cubierto</b>   |   |      |
| D7250                        | Extracción de raíces dentales residuales .....   | 120 |  |   |      |
| D7251                        | Coronectomía – extracción parcial intencional del diente, solo dientes impactados.....   | 235 |  |   |      |
| D7252                        | Extracción parcial para la colocación inmediata de implantes ...   | 235 |  |   |      |
| D7260                        | Cierre de fístula oroantral .....  | 689 |  |   |      |
| D7261                        | Cierre primario de una perforación de los senos paranasales ....   | 200 |  |   |      |
| D7270                        | Reimplante/estabilización de diente accidentalmente avulsionado/desplazado .....   | 414 |  |   |      |
| D7285                        | Biopsia de tejido oral – duro (hueso, diente) .....  | 253 |  |   |      |
| D7286                        | Biopsia de tejido oral – blando.....   | 259 |  |   |      |
| D7287                        | Recolección de muestras citológicas exfoliativas .....   | 50  |  |   |      |
| D7288                        | Biopsia por cepillado – recolección de muestras transepiteliales .....   | 40  |  |   |      |
| D7310                        | Alveoloplastia junto con extracciones – por cuadrante.....   | 201 |  |   |      |
| D7311                        | Alveoloplastia junto con extracciones – de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante (una vez por cuadrante)....      | 132 |  |   |      |
| D7320                        | Alveoloplastia no junto con extracciones – por cuadrante .....   | 276 |  |   |      |
| D7321                        | Alveoloplastia no junto con extracciones – de uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante (una vez por cuadrante) ..... | 228 |  |   |      |

Terminología dental actual © American Dental Association. Dominio considera válidos únicamente los códigos CDT actuales de la ADA. Para obtener una descripción completa de cada código, consulte las directrices CDT de la ADA.

## Exclusiones del plan

Consulte la sección en su Certificado de cobertura titulada "Exclusiones específicas del estado" para conocer otras exclusiones, si aplica.

1. Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad del empleador.
2. Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente.
3. Odontología reconstructiva, plástica, cosmética, electiva o estética.
4. Operación oral que requiere la configuración de fracturas y dislocaciones.
5. Servicios con respecto a malignidades, quistes o neoplasias, hereditarios, congénitos, prognatismo mandibular o malformaciones del desarrollo donde dichos servicios no deben hacerse en un consultorio dental.
6. Dispensación de medicamentos.
7. Hospitalización para cualquier procedimiento dental.
8. Tratamiento necesario para las condiciones resultantes mientras está en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación o de la guerra o actos de guerra, declarados o no declarados.
9. Extracción de implantes o reemplazo de dentaduras postizas, puentes, incrustaciones inlay, restauraciones onlay o coronas que pueden repararse o restaurarse a su función normal.
10. Diagnóstico o tratamiento del trastorno temporomandibular (TMD) o falta de armonía oclusal.
11. Operación electiva incluyendo, entre otros, la extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluyendo los terceros molares.
12. Procedimientos no listados como servicios cubiertos por este plan.
13. Reemplazo de prótesis o aparatos de ortodoncia perdidos, robados o dañados; protectores bucales deportivos; accesorios de precisión o semiprecisión; duplicación de dentaduras postizas; férula periodontal de los dientes.
14. Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar la estructura dental perdida por desgaste y corregir malformaciones del desarrollo o condiciones congénitas.
15. Procedimientos que son de naturaleza experimental o de investigación porque no cumplen los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica dental o no han mostrado ser coherentemente efectivos para el diagnóstico o tratamiento de la condición del Miembro.
16. Tratamiento de paladar hendido, malignidades o neoplasias.
17. Cualquier servicio o suministro prestado para reemplazar un diente perdido antes de la fecha de inicio de la cobertura. Esta exclusión vence después de 36 meses de la cobertura continua del miembro bajo el plan.

## Limitaciones del plan

### Clase I. Servicios de diagnóstico y preventivos:

1. Dos evaluaciones por año calendario, incluyendo un máximo de una evaluación integral cada 36 meses.
2. Un examen centrado en emergencias o problemas (D0140) por año calendario.
3. Una radiografía de toda la boca o panorámica cada 60 meses.
4. Radiografías periapicales.
5. Radiografías de mordida, 2 por año calendario.
6. Dos profilaxis (limpieza, raspado y pulido de dientes) por año calendario.

### Clase II. Servicios básicos:

1. Empastes de amalgama y resina compuesta (restauraciones anteriores de superficies mesiolinguales, distolinguales, mesiovestibulares y distovestibulares consideradas restauraciones de una sola superficie), por diente, por superficie cada 24 meses.

### Clase III. Servicios principales:

1. Recementado de puentes, incrustaciones, onlays y coronas después de 12 meses de la inserción y cada 12 meses por diente en adelante.
2. Servicios de restauración, limitados a:
  - a. Incrustación, onlay y corona de metal colado, de resina, de oro o de porcelana/cerámica para diente con caries extensas o fractura que no puede restaurarse con una obturación de amalgama o resina compuesta.
  - b. Reemplazo de incrustación, onlay o corona existente, después de 7 años de que se puso inicialmente la restauración o se reemplazó por última vez.

- c. Perno y muñón además de corona cuando se separa de la corona para dientes tratados endodónticamente, con un buen pronóstico endodóntico y periodontal.
3. Reconstrucción de corona para dientes no vitales.
  4. Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a:
    - a. Pulpotomía
    - b. Terapia de tratamiento de canal (no está cubierto si la cámara pulpar se abrió antes de la fecha de inicio de la cobertura).
    - c. Apicectomía
    - d. Empastes retrógrados, por raíz y de por vida
  5. Servicios de periodoncia, limitados a:
    - a. Gingivectomía
    - b. Operación ósea incluyendo entrada y cierre del colgajo
    - c. Un pedículo o injerto de tejido blando libre por lugar, de por vida
    - d. Un raspado y alisado radicular por cuadrante (D4341 o D4342) por 24 meses a partir de los 21 años
    - e. Un desbridamiento de toda la boca completa de por vida
    - f. Dos visitas de mantenimiento periodontal, después de la operación por año calendario (D4341 no se considera operación)
    - g. Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - toda la boca, después de evaluación oral y en lugar de un D1120/D1110 cubierto, limitado a una vez cada dos años.
  6. Servicios protésicos, limitados a:
    - a. Colocación inicial de dentaduras postizas removibles o puentes fijos
    - b. Reemplazo de dentaduras postizas removibles o puentes fijos que no se pueden reparar después de 7 años desde la fecha de la última colocación
    - c. Adición de dientes a la dentadura postiza parcial existente
    - d. Un rebasado o reajuste de dentaduras postizas removibles existentes cada 24 meses
    - e. Un raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un implante único, incluyendo limpieza de las superficies del implante, sin apertura ni cierre de colgajo, por dos años.
  7. Una reparación de dentaduras postizas o puentes fijos cada 24 meses.
  8. Anestesia general y analgesia, incluyendo la sedación intravenosa, junto con cirugía bucal, operación periodontal o procedimientos de colocación de implantes cubiertos.
  9. La teleodontología, sincrónica (D9995) o asincrónica (D9996), debe ir acompañada de un procedimiento cubierto.

### Clase IV. Servicios de ortodoncia: No está cubierto

Servicios de diagnóstico, tratamiento activo y de retención, incluyendo terapia con aparatos removibles y fijos, y terapia limitada e integral.

El plan dental está suscrito por Dominion Dental Services, Inc. (en adelante, "Dominion").



### Elite PPO Premium Niños (PA)

#### Programa de cobertura, limitaciones y exclusiones para servicios pediátricos

- La cobertura continúa hasta el final del año en que el Miembro cumple 19 años -

| Clase de servicio  | Descripción del servicio               | Dentro de la red        |                   | Fuera de la red           |                   |
|--|--|-------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|
|  |  | El plan paga            | Período de espera | El plan paga <sup>1</sup> | Período de espera |
| 1  | Servicios de diagnóstico y preventivos | 100 %                   | Ninguna           | 80 %                      | Ninguna           |
| 2  | Servicios básicos                      | 80 %                    | Ninguna           | 60 %                      | Ninguna           |
| 3  | Servicios principales                  | 50 %                    | Ninguna           | 30%                       | Ninguna           |
| 4  | Servicios de ortodoncia                | 50 %                    | Ninguna           | 0 %                       | Ninguna           |
| <b>Deducible anual</b>   |  | <b>Dentro de la red</b> |                   | <b>Fuera de la red</b>    |                   |
| Niño individual  |  | \$50                    |                   | \$50                      |                   |
| Dos o más niños  |  | \$100                   |                   | \$100                     |                   |
| Se aplica a  |  | Clase 2 y clase 3       |                   | Clase 2 y clase 3         |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Cada miembro debe pagar la cantidad deducible por los servicios dentales antes de que el plan comience a cubrir los procedimientos dentales del miembro. El deducible se combina para todos los servicios aplicables para cada año calendario por miembro pediátrico - máximo de \$200 para miembros pediátricos.</li> </ul>  |  |                         |                   |                           |                   |
| <b>Máximos de gastos de bolsillo</b>   |  | <b>Dentro de la red</b> |                   | <b>Fuera de la red</b>    |                   |
| Niño individual  |  | \$450                   |                   | N/A                       |                   |
| Dos o más niños  |  | \$900                   |                   | N/A                       |                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>El máximo anual de gastos de bolsillo se aplica a todos los servicios cubiertos para el tratamiento médicamente necesario.</li> </ul>   |  |                         |                   |                           |                   |
| <b>Asignación fuera de la red</b>  |  | <b>Dentro de la red</b> |                   | <b>Fuera de la red</b>    |                   |
|  |  | N/A                     |                   | MAC                       |                   |
| <p>1. A diferencia de los proveedores dentro de la red (INN) que han acordado cargos negociados para los servicios, los proveedores fuera de la red (OON) no tienen contrato con Dominion o las redes dentales que Dominion arrienda. Como tal, los proveedores OON establecen sus propios cargos y Dominion solo reembolsa al miembro basándose en la lista de tarifas INN establecido, que se determina por el área geográfica donde se ocurren los gastos. Esto significa que si el cargo del proveedor OON es más alto que la lista de tarifas INN de Dominion, se le facturará al miembro el saldo restante para cubrir el cargo del proveedor.</p> |  |                         |                   |                           |                   |

- Si el curso del tratamiento va a exceder los \$300, es necesaria una autorización previa.

El plan pagará el cargo negociado del dentista participante o el cargo máximo permitido (sujeto al porcentaje de cobertura de beneficios) por procedimientos y servicios dentales como se muestra abajo, después de cualquier deducible anual obligatorio.

| Clase de servicio | Descripción del servicio                              | Limitación del servicio   | Dentro de la red |                           |                          | Fuera de la red |                           |                          |
|-------------------|---|---|------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
|                   |   |   | El plan paga     | Período de espera (meses) | ¿Se aplica un deducible? | El plan paga    | Período de espera (Meses) | ¿Se aplica un deducible? |
| 1                 | Evaluaciones  | Una (1) evaluación (D0120, D0140, D0150 o D0180) por seis (6) meses, por paciente; D0160 está cubierto  | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Profilaxis (D1110 o D1120)                            | Uno (1) cada seis (6) meses, por paciente   | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Recompensas por prevención                            | El suscriptor principal recibirá un pago de \$20 de Dominion por cada familiar que reciba dos limpiezas durante el año calendario de un dentista que participe en la red de Elite PPO     | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Tratamiento con flúor                                 | Uno (1) cada seis (6) meses, por paciente   | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Radiografías de mordida                               | Un (1) juego cada seis (6) meses  | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | X-rays periapicales                                   | No en la misma fecha de servicio que una radiografía panorámica   | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Radiografía de toda la boca o película panorámica     | Uno (1) cada 60 meses; máximo de un (1) juego de radiografías por visita en el consultorio  | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Aplicación de medicamentos anticaries                 | Una aplicación por diente primario está cubierta de por vida  | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Mantenedor de espacio (D1516, D1517, D1526 o D1527)   | Para preservar el espacio entre los dientes para la pérdida prematura de un diente primario (no incluye el uso para el tratamiento de ortodoncia); D1572 limitado a uno (1) cada 24 meses | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Sellantes   | Uno (1) por diente cada 36 meses (limitado a las superficies oclusales de los dientes permanentes posteriores sin restauraciones ni caries)   | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 1                 | Teleodontología, síncrona (D9995) o asíncrona (D9996) | Debe ir acompañada de un procedimiento cubierto   | 100 %            | Ninguna                   | No                       | 80 %            | Ninguna                   | No                       |
| 2                 | Empastes de amalgama y compuestos                     | Las restauraciones de superficies mesiolinguales, distolinguales, mesiovestibulares y distovestibulares se consideran restauraciones de una sola superficie                               | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Pines de retención de empastes                        | Múltiples pines en el mismo diente se consideran como un (1) solo pin   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Tratamiento paliativo del dolor dental – por visita   | Solo si no se hicieron otros servicios que no sean examen y radiografías en la misma fecha del servicio   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |

| Clase de servicio | Descripción del servicio   | Limitación del servicio   | Dentro de la red |                           |                          | Fuera de la red |                           |                          |
|-------------------|--|---|------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
|                   |  |   | El plan paga     | Período de espera (meses) | ¿Se aplica un deducible? | El plan paga    | Período de espera (Meses) | ¿Se aplica un deducible? |
| 2                 | Anestesia general y analgesia                                    | Solo cuando se proporciona en conexión con procedimientos cubiertos y se determina que es médicamente o dentalmente necesaria para pacientes con discapacidades documentadas, pacientes incontrolables o condiciones médicas o dentales justificables, incluyendo sedación intravenosa y no intravenosa con un máximo de 60 minutos de servicio permitido (la anestesia general no está cubierta con los códigos de procedimiento D9230, D9239 o D9243; la sedación consciente intravenosa no está cubierta con los códigos de procedimiento D9222, D9223 o D9230; la sedación consciente no intravenosa no está cubierta con los códigos de procedimiento D9222, D9223, D9239 o D9243); se necesita que se mantenga en los registros del paciente una narrativa que justifique la necesidad médica | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Guarda oclusal   | Análisis y ajuste limitado/ completo, uno (1) en 12 meses para pacientes mayores de 13 años, por informe  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Corona prefabricada de acero inoxidable o porcelana              | Una (1) cada 60 meses desde la fecha original de colocación, por diente permanente, por paciente para dientes con caries extensas o fractura que no pueden restaurarse con un empaste de amalgama o resina compuesta  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Adición de dientes a la dentadura postiza parcial existente      |   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Rebasado o reajuste de dentaduras postizas removibles existentes | Uno (1) cada 36 meses; solo después de seis (6) meses a partir de la fecha de la última colocación, a menos que una prótesis inmediata reemplace al menos tres (3) dientes  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Reparación de coronas, dentaduras postizas y puentes             |   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Operación oral, incluyendo la atención postoperatoria para:      | Extracción de dientes, incluyendo los dientes impactados  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Operación oral, incluyendo la atención postoperatoria para:      | Extracción de la raíz del diente  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |

| Clase de servicio | Descripción del servicio  | Limitación del servicio   | Dentro de la red |                           |                          | Fuera de la red |                           |                          |
|-------------------|---|---|------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
|                   |   |   | El plan paga     | Período de espera (meses) | ¿Se aplica un deducible? | El plan paga    | Período de espera (Meses) | ¿Se aplica un deducible? |
| 2                 | Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:  | Coronectomía, extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados, uno de por vida   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Operación oral, incluyendo la atención postoperatoria para:   | Alveolectomía, alveoplastia y frenectomía   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:  | Escisión de encía pericoronar, exostosis o tejido hiperplásico, y escisión de tejido oral para biopsia  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:  | Reimplante o estabilización dental; trasplante dental   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Cirugía bucal, incluyendo la atención postoperatoria para:  | Escisión de un tumor o quiste e incisión y drenaje de un absceso o quiste, marsupialización de un quiste odontogénico   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a: | Terapia de tratamiento de canal; retratamiento de terapia de tratamiento de canal previa  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a: | Pulpotomía; apicectomía   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Tratamiento endodóntico de la enfermedad del diente, la pulpa, la raíz y el tejido relacionado, limitado a: | Empastes retrógrados, uno (1) por raíz de por vida  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Servicios de periodoncia, limitados a:  | Dos (2) limpiezas periodontales, además de la profilaxis para adultos, por año calendario, en el plazo de 24 meses después de la terapia periodontal definitiva                                   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Servicios de periodoncia, limitados a:  | Raspado y alisado radicular, uno (1) cada 24 meses, por cuadrante, por paciente   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Servicios de periodoncia, limitados a:  | Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - toda la boca, después de evaluación oral y en lugar de un D1110/D1120 cubierto, limitado a una (1) vez cada dos años | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Servicios de periodoncia, limitados a:  | Gingivectomía, una (1) cada 36 meses por paciente, por cuadrante; irrigación gingival con un agente medicinal, por cuadrante  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |

| Clase de servicio | Descripción del servicio                | Limitación del servicio   | Dentro de la red |                           |                          | Fuera de la red |                           |                          |
|-------------------|---|---|------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
|                   |   |   | El plan paga     | Período de espera (meses) | ¿Se aplica un deducible? | El plan paga    | Período de espera (Meses) | ¿Se aplica un deducible? |
| 2                 | Servicios de periodoncia, limitados a:  | Operación ósea incluyendo entrada y cierre del colgajo, una (1) cada 36 meses, por paciente, por cuadrante  | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Servicios de periodoncia, limitados a:  | Injerto de tejido blando pediculado o libre   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 2                 | Servicios de periodoncia, limitados a:  | Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal integral y diagnóstico en visita posterior, uno (1) de por vida   | 80 %             | Ninguna                   | Sí                       | 60 %            | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Modelo de estudio                       | Uno (1) cada 36 meses   | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Servicios de restauración, limitados a: | Onlay o corona de metal colado, de acero inoxidable, de porcelana/cerámica, totalmente cerámica y de resina compuesta para dientes con caries extensas o fractura que no pueden restaurarse con un empaste de amalgama o resina compuesta; una (1) cada 60 meses desde la fecha original de colocación, por diente permanente, por paciente | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Servicios de restauración, limitados a: | Perno y muñón además de corona cuando esté separado de la corona para dientes tratados endodónticamente, con buen pronóstico endodóntico y periodontal; colocación de restauración directa provisional; remoción de perno; reconstrucción de muñón para dientes no vitales  | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Servicios protésicos, limitados a:      | Colocación inicial de dentaduras postizas   | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Servicios protésicos, limitados a:      | Reemplazo de dentaduras postizas que no se pueden reparar después de cinco (5) años a partir de la fecha de la última colocación  | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Servicios protésicos, limitados a:      | Construcción de puentes, reemplazo limitado a uno (1) cada 60 meses   | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Implantes y servicios relacionados      | Reemplazo de coronas de implantes limitado a una (1) en 60 meses  | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |

| Clase de servicio | Descripción del servicio  | Limitación del servicio  | Dentro de la red |                           |                          | Fuera de la red |                           |                          |
|-------------------|---|--|------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
|                   |   |  | El plan paga     | Período de espera (meses) | ¿Se aplica un deducible? | El plan paga    | Período de espera (Meses) | ¿Se aplica un deducible? |
| 3                 | Implantes y servicios relacionados  | Raspado y desbridamiento de un implante único en presencia de mucositis, incluyendo inflamación, sangrado al sondaje, y aumento de la profundidad de bolsas; incluye limpieza de las superficies del implante, sin apertura ni cierre de colgajo | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 3                 | Infiltración de medicamento terapéutico de liberación prolongada, por cuadrante |  | 50 %             | Ninguna                   | Sí                       | 30%             | Ninguna                   | Sí                       |
| 4                 | *MÉDICAMENTE NECESARIO* Servicios de ortodoncia:                                | Tratamiento de diagnóstico, activo y retención incluyendo terapia con aparatos fijos removibles y terapia integral; Los servicios de ortodoncia solo se dan para maloclusión grave, disfuncional y discapacitante                                | 50 %             | Ninguna                   | No                       | 0 %             | N/A                       | N/A                      |

### Exclusiones del plan

Consulte la sección en su Certificado de cobertura titulada "Exclusiones específicas del estado" para conocer otras exclusiones, si aplica.

- Servicios que están cubiertos por las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad del empleador.
- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente.
- Odontología cosmética, electiva o estética, excepto cuando sea necesario debido a lesiones corporales accidentales en dientes naturales sanos.
- Operación oral que requiere la configuración de fracturas o dislocaciones.
- Servicios con respecto a malignidades, quistes o neoplasias, hereditarios, congénitos, prognatismo mandibular o malformaciones del desarrollo donde dichos servicios no deben hacerse en un consultorio dental.
- Dispensación de medicamentos.
- Hospitalización para cualquier procedimiento dental.
- Tratamiento necesario para condiciones resultantes de un desastre mayor, epidemia, guerra, actos de guerra, declarados o no declarados, o mientras esté en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier nación.
- Reemplazo por pérdida o robo del aparato protésico.
- Servicios relacionados con el tratamiento del TTM (Trastorno Temporomandibular).
- Operación electiva incluyendo, entre otros, la extracción de dientes impactados asintomáticos y no patológicos, incluyendo los terceros molares. La extracción profiláctica de estos dientes para servicios de ortodoncia médicamente necesarios puede estar cubierta sujeta a revisión.
- Servicios no listados como cubiertos.
- Reemplazo de dentaduras postizas, incrustaciones inlay, restauraciones onlay o coronas que pueden repararse para que funcionen normalmente.
- Servicios para aumentar la dimensión vertical, reemplazar la estructura dental perdida por desgaste y corregir malformaciones del desarrollo o condiciones congénitas, excepto cuando la malformación del desarrollo o las condiciones congénitas provoquen una maloclusión grave y disfuncional que necesite servicios de ortodoncia médicamente necesarios.
- Procedimientos que, en opinión del Plan, son de naturaleza experimental o de investigación porque no cumplen los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica dental o no han mostrado ser coherentemente efectivos para el diagnóstico o tratamiento de la condición del Miembro.
- Tratamiento de paladar hendido (si no se puede tratar mediante ortodoncia), malignidades o neoplasias.
- La ortodoncia solo está cubierta si es médicamente necesaria según lo determine el Plan. El sistema Invisalign y aparatos ortopédicos especializados similares no son un beneficio cubierto. El coinsurance del paciente se aplicará solo a la parte de los servicios de aparatos de ortodoncia de rutina. Los demás costos generados pasarán a ser responsabilidad del paciente.