

Lista de Beneficios

200

Los siguientes tratamientos son cubiertos al ser realizados por un dentista participante de California Dental Network y estan sujetos a las exclusiones, limitaciones y pólizas administrativas, las cuales estan estipuladas en la Combinacion de la Evidencia de Cobertura y Forma de Divulgacion para Grupos.

Si usted tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad, los beneficios del plan o necesita ayuda para seleccionar un dentista, porfavor llame al departamento de Servicios al Cliente de California Dental, sin costo al (877) 4 DENTAL

Porfavor verifique todas las opciones de tratamientos con su dentista antes de iniciar cualquier procedimiento. Al no realizarlo limitara sus opciones ya una vez empezado el tratamiento.

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
--------	-------------	---------------------

Servicios Preventivos

D0120	Examen oral	\$0
D0140	Evaluacion oral limitada	\$0
D0150	Evaluacion oral comprensiva - para paciente nuevo o establecido	\$0
D0170	Re-evaluacion - limitada, problema enfocado	\$0
D0180	Evaluacion periodontal comprensivo - para paciente nuevo o establecido	\$0
D0210	Radiografias intraorales - serie completa (placa individual)	\$0
D0220	Radiografias intraorales - periapical placa individual	\$0
D0230	Radiografias intraorales periapical placa adicional	\$0
D0240	Radiografias intraorales - placa oclusal	\$0
D0250	Radiografias interproximales - primera placa	\$0
D0260	Radiografias interproximales - placa adicional	\$0
D0270	Radiografia - placa individual	\$0
D0272	Radiografias - 2 placas	\$0
D0274	Radiografias - 4 placas	\$0
D0277	Radiografia vertical - 7 a 8 placas	\$0
D0330	Radiografia panoramica	\$0
D0350	Imagen fotografica oral/facial	\$0
D0460	Examen de pulpa	\$0
D0470	Diagnostico de moldes	\$0

Servicios Preventivos

* - Procedimientos limitados a cada 6 meses		
D1110	Profilaxis limpieza - adulto *	\$0
D1110	Profilaxis limpieza - adulto (cada adicional)	\$45
D1120	Profilaxis limpieza - niño *	\$0
D1120	Profilaxis limpieza - niño (cada adicional)	\$35
D1201	Aplicacion de fluoruro topico (incluyendo profilaxis) - niño *	\$0
D1203	Aplicacion de fluoruro topico (profilaxis no incluido) - niño *	\$0
D1204	Aplicacion de fluoruro topico (profilaxis no incluido) - adulto *	\$0
D1205	Aplicacion de fluoruro topico (incluyendo profilaxis) - adulto *	\$0
D1310	Consejos nutricionales para el control de enfermedades dentales	\$0
D1320	Consejos para el control y prevencion de enfermedades causadas por el tabaco	\$0
D1330	Instrucciones de higiene oral	\$0
D1351	Sellado - por diente	\$8
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral	\$55
D1515	Mantenedor de espacio - fijo - biilateral	\$65

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral	\$55
D1525	Mantenedor de espacio - removible - biilateral	\$65
D1550	Recementacion de mantenedor de espacio	\$10

Servicios Restaurativos

D2140	Amalgama - 1 superficie, primaria o permanente	\$0
D2150	Amalgama -2 superficies, primaria o permanente	\$0
D2160	Amalgama - 3 superficies, primaria o permanente	\$0
D2161	Amalgama - 4 o mas superficies, primaria o permanente	\$0
D2330	Resina - 1 superficie, anterior	\$10
D2331	Resina - 2 superficies, anterior	\$20
D2332	Resina - 3 superficies, anterior	\$25
D2335	Resina - 4 o mas superficies o incluyendo borde incisal (anterior)	\$30
D2390	Corona de resina - anterior	\$90
D2391	Resina - 1 superficie, posterior	\$75
D2392	Resina - 2 superficies, posterior	\$110
D2393	Resina - 3 superficies, posterior	\$140
D2394	Resina - 4 o mas superficies, posterior	\$170

Inlays/Onlays

D2510	Inlay - metalico - 1 superficie	\$110
D2520	Inlay - metalico - 2 superficies	\$120
D2530	Inlay - metalico - 3 o mas superficies	\$130
D2542	Onlay - metalico - 2 superficies	\$130
D2543	Onlay - metalico - 3 superficies	\$140
D2544	Onlay - metalico - 4 o mas superficies	\$150
D2610	Inlay - porcelana/ceramica - 1 superficie	\$225
D2620	Inlay - porcelana/ceramica - 2 superficies	\$250
D2630	Inlay - porcelana/ceramica - 3 o mas superficies	\$265
D2642	Onlay - porcelana/ceramica - 2 superficies	\$265
D2643	Onlay - porcelana/ceramico - 3 superficies	\$280
D2644	Onlay - porcelana/ceramica - 4 o mas superficies	\$290
D2650	Inlay - resina - 1 superficie	\$100
D2651	Inlay - resina - 2 superficies	\$105
D2652	Inlay - resina - 3 o mas superficies	\$110
D2662	Onlay - resina - 2 superficies	\$100
D2663	Onlay - resina - 3 superficies	\$110
D2664	Onlay - resina - 4 o ma superficies	\$115

Coronas

Coronas de porcelana (color diente) tiene un costo de \$75 extra por corona		
D2740	Corona - de ceramica cubierta por porcelana	\$350
D2750	Corona- oro cubierto por porcelana	\$350
D2751	Corona - mezcla de metales cubierto por porcelana	\$200
D2752	Corona - mezcla de oro cubierto por porcelana	\$300
D2780	Corona - 3/4 metal noble duro	\$350
D2781	Corona - 3/4 mezcla de metales	\$200
D2782	Corona - 3/4 metal noble	\$300
D2783	Corona - 3/4 porcelana/ceramica	\$350
D2790	Corona - completa de metal noble	\$350
D2791	Corona - completa de mezcla de metales	\$200
D2792	Corona - metal noble	\$300
D2794	Corona - titanio	\$350
D2910	Recementar inlay, onlay, o restauracion de cubierta parcial	\$10
D2915	Recementar molde o poste con base prefabricado	\$10

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D2920	Recementar corona	\$10
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$40
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente/fijo	\$40
D2940	Empastadura sedante	\$10
D2950	Construccion del nucleo, incluyendo clavijas	\$20
D2951	Reconstruccion con clavija como retencion - por diente, en adiccion a la restauracion	\$5
D2952	Poste con base en adiccion a la corona	\$65
D2953	Cada poste adicional - mismo diente	\$0
D2954	Poste y base prefabricado en adiccion a la corona	\$60
D2955	Extraccion de poste (no en conjuncion con terapia de endodoncia)	\$35
D2957	Cada poste prefabricado adicional	\$0

Coronas Alternativas

La mayoría de las oficinas ofrecen alternativas a la porcelana/ceramica y coronas de metal cubiertas por porcelana las cuales son distribuidos bajo otra marca y pueden ser disponibles por proveedores participantes de California Dental por los siguientes pagos complementarios:

Corona porcelana/ Ceramica		
Lava		\$750
Empress		\$750
Procera		\$750
In-Ceram		\$750
Corona de oro cubierta por porcelana		
Captex		\$725
Bio - 2000		\$725
Ceramco II		\$725
Occlusal Gold		\$725

Llame a California Dental para obtener una lista al día de marcas cubiertas por su plan.

Revestimientos Frontales (son reemplazados cada 5 años)

D2961	Revestimiento frontal (resina laminada) - laboratorio	\$400
D2962	Revestimiento frontal (porcelana laminada) - laboratorio	\$400

Endodor E

D3110	Recubrimiento pulpar - directo	\$5
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto	\$5
D3220	Pulpomotia terapeutica	\$25
D3230	Terapia pulpa (relleno) - anterior, diente primario	\$30
D3240	Terapia pulpa (relleno) - posterior, diente primario	\$30
D3310	Endodoncia - por diente anterior	\$115
D3320	Endodoncia - por diente premolar	\$130
D3330	Endodoncia - por diente molar	\$260
D3332	Terapia de endodoncia incompleta: inoperable, irrestorable o diente fracturado	\$125
D3346	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - anterior	\$225
D3347	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - premolar	\$275
D3348	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - molar	\$300
D3351	El apice/recalcificacion - visita inicial	\$105
D3352	El apice/recalcificacion - reemplazo de recalcificacion interno	\$95
D3353	El apice/recalcificacion - visita final (incluye endodoncia completa)	\$105
D3410	Cirugia apioectomia - anterior	\$250
D3421	Cirugia apioectomia - premolar (primera raiz)	\$250

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D3425	Cirugia apioectomia - molar (primera raiz)	\$250
D3426	Cirugia apioectomia - molar (cada raiz adicional)	\$125
D3430	Restauracion a retro por cada raiz	\$150
D3450	Amputacion de raiz - por raiz	\$150
D3920	Hemisecccion (incluyendo el remover raiz), no incluyendo terapia de endodoncia	\$125

Periodoncia

*-Cubiertos solamente cuando realizado por un dentista general de la red

D4210	Gingivectomia o gingivioplastia - 4 o mas dientes continuos por cuadrante	\$125
D4211	Gingivectomia o gingivioplastia - 1 a 3 dientes continuos por cuadrante	\$70
D4240	Procedimiento de colgajo principal- 4 o mas dientes por cuadrante	\$350
D4241	Procedimiento de colgajo gingival - 1 a 3 dientes por cuadrante	\$250
D4249	Alargamiento de corona - tejidos duros	\$150
D4260	Cirugia osea - 4 o mas dientes continuos por cuadrante	\$350
D4261	Cirugia osea 1 a 3 dientes continuos por cuadrante	\$275
D4263	Remplazamiento de hueso - primer cuadrante	\$300
D4341	Limpieza profunda - 4 o mas dientes por cuadrante	\$50
D4342	Limpieza profunda - 1 a 3 dientes por cuadrante	\$40
D4355	Limpieza de boca completa evaluacion comprensiva y diagnosis	\$25
D4381	Aplicacion localizada de agentes antimicrobiales por diente	\$60
D4910	Mantenimiento de limpieza profunda - cada 6 meses	\$40
D4910	Mantenimiento de limpieza profunda - cada adicional	\$50

Dentaduras Removibles

Son reemplazados cada 5 años y relineados cada 24 meses

D5110	Dentadura completa superior	\$300
D5120	Dentadura completa inferior	\$300
D5130	Dentadura completa superior inmediata	\$300
D5140	Dentadura completa inferior inmediata	\$300
D5211	Dentadura parcial superior - resina	\$250
D5212	Dentadura parcial inferior - resina	\$250
D5213	Dentadura parcial superior - base de metal con resina	\$300
D5214	Dentadura parcial inferior - base de metal con resina	\$300
D5225	Dentadura parcial superior - base flexible	\$350
D5226	Dentadura parcial inferior - base flexible Dentadura parcial inferior - base flexible	\$350
D5410	Ajuste completo de dentadura - superior	\$15
D5411	Ajuste completo de dentadura - inferior	\$15
D5421	Ajuste parcial de dentadura - superior	\$10
D5422	Ajuste parcial de dentadura - inferior	\$10
D5510	Reparacion de base completa de dentadura	\$40
D5520	Remplazamiento de dientes faltantes o fracturados - dentadura completa (cada diente)	\$20
D5610	Reparacion de base de dentadura de resina	\$40
D5620	Reparacion de base	\$40
D5630	Reparacion o reemplazo de broche/gancho roto	\$35
D5640	Remplazamiento de dientes fracturados - por diente	\$20
D5650	Agregar diente a dentadura parcial existente	\$30
D5660	Agregar broche/gancho a dentadura parcial existente	\$30
D5670	Remplazar todos los dientes y el acrilico en la base metalica (superior)	\$265
D5671	Remplazar todos los dientes y el acrilico en base metalica (inferior)	\$265
D5710	Recubrir base completa de dentadura superior	\$75
D5711	Recubrir base completa de dentadura inferior	\$75
D5720	Recubrir dentadura parcial superior	\$75
D5721	Recubrir dentadura parcial inferior	\$75
D5730	Relinear dentadura completa superior (en oficina dental)	\$50
D5731	Relinear dentadura completa inferior (en oficina dental)	\$50

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D5740	Relinear dentadura parcial superior (en oficina dental)	\$50
D5741	Relinear dentadura parcial inferior (en oficina dental)	\$50
D5750	Relinear dentadura completa superior (en laboratorio)	\$85
D5751	Relinear dentadura completa inferior (en laboratorio)	\$85
D5760	Relinear dentadura parcial superior (en laboratorio)	\$85
D5761	Relinear dentadura parcial inferior (en laboratorio)	\$85
D5820	Dentadura parcial provisional (superior)	\$105
D5821	Dentadura parcial provisional (inferior)	\$105
D5850	Condicionamiento de tejido, superior	\$25
D5851	Condicionamiento de tejido, inferior	\$25

Alternativas de Dentaduras, Puentes y Relineaciones

La mayoría de las oficinas dentales ofrecen alternativas para dentaduras completas, parciales y relineaciones las cuales son vendidas bajo diferente marca y pueden estar disponibles por su proveedor participante de California Dental por los siguientes

Dentadura completa

Comfort Flex - Dentadura Completa Superior	\$650
Comfort Flex - Dentadura Completa Inferior	\$650
Geneva - Dentadura Completa Superior	\$650
Geneva - Dentadura Completa Inferior	\$650

Simply Natural

Dentadura Parcial - Base de Resina

Comfort Flex - Parcial Superior	\$700
Comfort Flex - Parcial Inferior	\$700
Geneva - Parcial Superior	\$700
Geneva - Parcial Inferior	\$700
EstheticClasp - Parcial Superior	\$700
EstheticClasp - Parcial Inferior	\$700
CuSil - Parcial Superior	\$700
CuSil - Parcial Inferior	\$700
Valplast - Parcial Superior	\$700
Valplast - Parcial Inferior	\$700

Dentadura Parcial - Base Metalica con Silla de Resina

Comfort Flex - Parcial Superior	\$700
Comfort Flex - Parcial Inferior	\$700
Valplast - Parcial Superior	\$700
Valplast - Parcial Inferior	\$700

Realineaciones a Dentaduras

PermaSoft - Dentadura Superior Completa (Laboratorio)	\$100
PermaSoft - Dentadura Inferior Completa (Laboratorio)	\$100
PermaSoft - Dentadura Superior Parcial (Laboratorio)	\$100
PermaSoft - Dentadura Inferior Parcial (Laboratorio)	\$100

D5900 - D5999 VII Protesis Maxilofaciales - No Cubiertos

D6000 - D6199 VIII Servicios de Implantes - No cubiertos

Protisis Fijos

D6210	Pontico - molde de metal noble duro	\$350
D6211	Pontico - molde de mezcla de metales base	\$200
D6212	Pontico - molde de metal noble	\$300
D6214	Pontico - titanio	\$350
D6240	Pontico - metal noble duro cubierto por porcelana	\$350
D6241	Pontico - base mezcla de metales cubierta por porcelana	\$200

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D6242	Pontico - metal noble cubierto por porcelana	\$300
D6600	Inlay - porcelana/ceramica, 2 superficies	\$265
D6601	Inlay - porcelana/ceramica, 3 o mas superficies	\$295
D6602	Inlay - molde metal noble duro, 2 superficies	\$350
D6603	Inlay - molde metal noble duro, 3 o mas superficies	\$400
D6604	Inlay - molde de mezcla de metales, 2 superficies	\$250
D6605	Inlay - molde de mezcla de metales, 3 o mas superficies	\$300
D6606	Inlay - molde metal noble, 2 superficies	\$300
D6607	Inlay - molde metal noble, 3 o mas superficies	\$350
D6608	Onlay - porcelana/ceramica, 2 superficies	\$265
D6609	Onlay - porcelana/ ceramica, 3 o mas superficies	\$265
D6610	Onlay - molde metal noble duro, 2 superficies	\$350
D6611	Onlay - molde metal noble duro, 3 o mas superficies	\$400
D6612	Onlay - molde de mezcla de metales, 2 superficies	\$250
D6613	Onlay - molde de mezcla de metales, 3 o mas superficies	\$300
D6614	Onlay - molde de metal noble, 2 superficies	\$300
D6615	Onlay - molde de metal noble, 3 o mas superficies	\$350
D6624	Inlay - titanio	\$350
D6634	Onlay - titanio	\$350
D6750	Corona - metal noble duro cubierto por porcelana	\$350
D6751	Corona - base de mezcla de metales cubierta por porcelana	\$200
D6752	Corona - metal noble cubierto por porcelana	\$300
D6780	Corona - 3/4 molde metal noble duro	\$350
D6781	Corona - 3/4 molde de base de mezcla de metales	\$200
D6782	Corona - 3/4 molde de metal noble	\$300
D6783	Corona - 3/4 porcelana/ceramica	\$350
D6790	Corona - molde completo de metal noble duro	\$350
D6791	Corona - molde completo de base de mezcla de metales	\$200
D6792	Corona - molde completo de metal noble duro	\$300
D6794	Corona - Titanio	\$350
D6930	Recementacion de dentadura parcial fija	\$25
D6970	Molde de poste con base en adision al reten de dentadura parcial fijo	\$65
D6971	Molde de poste como parte del reten de la dentadura parcial	\$65
D6972	Poste con base prefabricado en adicion al reten de dentadura parcial fijo	\$60
D6973	Construccion de un modelo de impresion de dientes para reten, incluyendo perno	\$20
D6976	Cada molde de poste adicional - mismo diente	\$50
D6977	Cada poste prefabricado adicional - mismo diente	\$50
D6980	Reparacion a dentadura fija, por reporte	\$100

Cirugia Oral

D7111	Extraccion, residuos coronales - Diente caducado	\$10
D7140	Extraccion, de diente erupcionado o raiz expuesta	\$10
D7210	Extraccion quirurgica de diente erupcionado	\$35
D7220	Extraccion de diente impactado - tejido blando	\$75
D7230	Extraccion de diente impactado - hueso expuesto parcial	\$150
D7240	Extraccion de diente impactado - hueso expuesto completo	\$175
D7241	Extraccion de diente impactado - hueso expuesto completo, con complicaciones inusuales	\$180
D7250	Extraccion quirurgica de raices residuales de diente (cirugia)	\$80
D7270	Reimplantacion y/o estabilizacion del diente accidentalmente desplazado	\$150
D7310	Alveoplastia en conjuncion con extracciones - por cuadrante	\$50
D7311	Alveoplastia en conjuncion con extracciones - 1 a 3 dientes/ espacios por cuadrante	\$50
D7320	Alveoplastia no en conjuncion con extracciones - por cuadrante	\$70
D7321	Alveoplastia no en conjuncion con extracciones - 1 a 3 dientes/espacios por cuadrante	\$70
D7510	Incision y drenaje de absceso - tejido suave intraoral	\$75

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
<u>Ortodoncia</u>		
* - Cubierto hasta 24 meses de tratamiento activo		
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de transicion	\$1,000
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de adolescente *	\$1,000
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado para adulto *	\$1,000
D8050	Tratamiento de ortodoncia interceptivo primario *	\$1,150
D8060	Tratamiento de ortodoncia interceptivo de trasicion *	\$1,150
D8070	Tratamiento de ortodoncia comprensivo de transicion *	\$1,845
D8080	Tratamiento de ortodoncia para adolescente *	\$1,845
D8090	Tratamiento de ortodoncia comprensivo para adulto *	\$2,045
D8660	Visita de tratamiento pre-ortodonico	\$0
D8680	Reten ortodonico - por arco	\$125
D8999	Plan de tratamiento ortodonico y archivos(rayos-x, fotos, modelos de estudio)	\$250
D8999	Tratamiento activo ortodonico mayor de 24 meses - por visita	\$75

Servicios Generales Adjuntos

* - Cobertura solamente para la extraccion de las muelas del juicio impactadas (1,16,17 & 32)

D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para dolor dental - procedimiento menor	\$0
D9210	Anestesia local no en conjuncion con procedimientos operativos o quirujicos	\$0
D9215	Anestesia local	\$0
D9220	Sedante profundo/anestesia general - primeros 30 minutos	\$200
D9221	Sedante profundo/anestesia general - cada 15 minutos adicionales	\$100
D9230	Analgesico, inhalacion de oxido nitroso *	\$15
D9241	Sedante intravenoso consciente/analgesico - primeros 30 minutos *	\$175
D9242	Sedante intravenoso consciente/analgesico - cada 15 minutos adicionales *	\$80
D9310	Consulta y segunda opinion con preautorizacion del plan	\$25
D9430	Visita de oficina para observacion (durante el horario normal de trabajo)	\$0
D9440	Visita de oficina - despues del horario normal de trabajo	\$35
D9999	Visita de oficina - durante horario normal en adiccion a otros cargos	\$5
D9630	Otras medicinas y/o medicamentos incluyendo irrigacion antimicrobial	\$40
D9910	Aplicacion de medicamento desensibilizante	\$15
D9911	Aplicacion de resina desensibilizante para superficie de raiz cervica, por diente	\$15
D9940	Protector oclusal - Suave	\$150
D9942	Reparacion/relineacion de protector oclusal	\$40
D9951	Ajuste oclusal - limitado	\$20
D9972	Blanqueado externo - por arco	\$125
D9973	Blanqueado externo - por diente	\$30
D9999	Cancelacion de citas - sin un minimo de 24 horas de notificacion	\$25



California Dental Network, Inc is licensed by the California Department of Managed Health Care under the Knox-Keene Health Care Service Plan Act (License number 933-0286).