

### Lista de Beneficios

250

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
<b>Servicios Preventivos</b>		
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
<b>Servicios Preventivos</b>		
* - 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	\$15
D1510	Mantenedor de espacio - fijo - unilateral	\$75
D1515	Mantenedor de espacio - fijo - biilateral	\$85

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D1520	Mantenedor de espacio - removible - unilateral	\$75
D1525	Mantenedor de espacio - removible - biilateral	\$85
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	\$20
D2331	Resina - 2 superficies, anterior	\$30
D2332	Resina - 3 superficies, anterior	\$40
D2335	Resina - 4 o mas superficies o incluyendo borde incisal ( anterior)	\$50
D2390	Corona de resina - anterior	\$100
D2391	Resina - 1 superficie, posterior	\$80
D2392	Resina - 2 superficies, posterior	\$120
D2393	Resina - 3 superficies, posterior	\$150
D2394	Resina - 4 o mas superficies, posterior	\$185

### Inlays/Onlays

D2510	Inlay - metalico - 1 superficie	\$130
D2520	Inlay - metalico - 2 superficies	\$140
D2530	Inlay - metalico - 3 o mas superficies	\$150
D2542	Onlay - metalico - 2 superficies	\$150
D2543	Onlay - metalico - 3 superficies	\$160
D2544	Onlay - metalico - 4 o mas superficies	\$170
D2610	Inlay - porcelana/ceramica - 1 superficie	\$250
D2620	Inlay - porcelana/ceramica - 2 superficies	\$275
D2630	Inlay - porcelana/ceramica - 3 o mas superficies	\$300
D2642	Onlay - porcelana/ceramica - 2 superficies	\$300
D2643	Onlay - porcelana/ceramico - 3 superficies	\$315
D2644	Onlay - porcelana/ceramica - 4 o mas superficies	\$325
D2650	Inlay - resina - 1 superficie	\$110
D2651	Inlay - resina - 2 superficies	\$115
D2652	Inlay - resina - 3 o mas superficies	\$120
D2662	Onlay - resina - 2 superficies	\$130
D2663	Onlay - resina - 3 superficies	\$135
D2664	Onlay - resina - 4 o ma superficies	\$140

### Coronas

Coronas de porcelana (color diente) tiene un costo de \$75 extra por corona		
D2740	Corona - de ceramica cubierta por porcelana	\$400
D2750	Corona- oro cubierto por porcelana	\$400
D2751	Corona - mezcla de metales cubierto por porcelana	\$250
D2752	Corona - mezcla de oro cubierto por porcelana	\$350
D2780	Corona - 3/4 metal noble duro	\$400
D2781	Corona - 3/4 mezcla de metales	\$250
D2782	Corona - 3/4 metal noble	\$350
D2783	Corona - 3/4 porcelana/ceramica	\$400
D2790	Corona - completa de metal noble	\$400
D2791	Corona - completa de mezcla de metales	\$250
D2792	Corona - metal noble	\$350
D2794	Corona - titanio	\$400
D2910	Recementar inlay, onlay, o restauracion de cubierta parcial	\$15
D2915	Recementar molde o poste con base prefabricado	\$15

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D2920	Recementar corona	\$15
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	\$50
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente/fijo	\$50
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	\$75
D2953	Cada poste adicional - mismo diente	\$0
D2954	Poste y base prefabricado en adiccion a la corona	\$70
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		
Captak		\$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	\$15
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto	\$15
D3220	Pulpomotia terapeutica	\$25
D3230	Terapia pulpa (relleno) - anterior, diente primario	\$40
D3240	Terapia pulpa (relleno) - posterior, diente primario	\$40
D3310	Endodoncia - por diente anterior	\$125
D3320	Endodoncia - por diente premolar	\$150
D3330	Endodoncia - por diente molar	\$285
D3332	Terapia de endodoncia incompleta: inoperable, irrestorable o diente fracturado	\$150
D3346	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - anterior	\$250
D3347	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - premolar	\$300
D3348	Retratamiento de terapia de endodoncia previa - molar	\$375
D3351	El apice/recalcificacion - visita inicial	\$135
D3352	El apice/recalcificacion - remplazo de recalcificacion interno	\$125
D3353	El apice/recalcificacion - visita final (incluye endodoncia completa)	\$135
D3410	Cirugia apioectomia - anterior	\$275
D3421	Cirugia apioectomia - premolar (primera raiz)	\$275

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D3425	Cirugia apioectomia - molar (primera raiz)	\$275
D3426	Cirugia apioectomia - molar (cada raiz adicional)	\$125
D3430	Restauracion a retro por cada raiz	\$150
D3450	Amputacion de raiz - por raiz	\$200
D3920	Hemisecccion (incluyendo el remover raiz), no incluyendo terapia de endodoncia	\$150

### Periodoncia

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

D4210	Gingivectomia o gingivioplastia - 4 o mas dientes continuos por cuadrante	\$175
D4211	Gingivectomia o gingivioplastia - 1 a 3 dientes continuos por cuadrante	\$75
D4240	Procedimiento de colgajo principal- 4 o mas dientes por cuadrante	\$400
D4241	Procedimiento de colgajo gingival - 1 a 3 dientes por cuadrante	\$250
D4249	Alargamiento de corona - tejidos duros	\$175
D4260	Cirugia osea - 4 o mas dientes continuos por cuadrante	\$400
D4261	Cirugia osea 1 a 3 dientes continuos por cuadrante	\$300
D4263	Remplazamiento de hueso - primer cuadrante	\$350
D4341	Limpieza profunda - 4 o mas dientes por cuadrante	\$65
D4342	Limpieza profunda - 1 a 3 dientes por cuadrante	\$50
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	\$50
D4910	Mantenimiento de limpieza profunda - cada adicional	\$50

### Dentaduras Removibles

Son reemplazados cada 5 años y relineados cada 24 meses

D5110	Dentadura completa superior	\$350
D5120	Dentadura completa inferior	\$350
D5130	Dentadura completa superior inmediata	\$350
D5140	Dentadura completa inferior inmediata	\$350
D5211	Dentadura parcial superior - resina	\$300
D5212	Dentadura parcial inferior - resina	\$300
D5213	Dentadura parcial superior - base de metal con resina	\$400
D5214	Dentadura parcial inferior - base de metal con resina	\$400
D5225	Dentadura parcial superior - base flexible	\$450
D5226	Dentadura parcial inferior - base flexible Dentadura parcial inferior - base flexible	\$450
D5410	Ajuste completo de dentadura - superior	\$25
D5411	Ajuste completo de dentadura - inferior	\$25
D5421	Ajuste parcial de dentadura - superior	\$20
D5422	Ajuste parcial de dentadura - inferior	\$20
D5510	Reparacion de base completa de dentadura	\$50
D5520	Remplazamiento de dientes faltantes o fracturados - dentadura completa (cada diente)	\$25
D5610	Reparacion de base de dentadura de resina	\$50
D5620	Reparacion de base	\$50
D5630	Reparacion o remplazo de broche/gancho roto	\$40
D5640	Remplazamiento de dientes fracturados - por diente	\$25
D5650	Agregar diente a dentadura parcial existente	\$50
D5660	Agregar broche/gancho a dentadura parcial existente	\$50
D5670	Remplazar todos los dientes y el acrilico en la base metalica (superior)	\$350
D5671	Remplazar todos los dientes y el acrilico en base metalica (inferior)	\$350
D5710	Recubrir base completa de dentadura superior	\$95
D5711	Recubrir base completa de dentadura inferior	\$95
D5720	Recubrir dentadura parcial superior	\$95
D5721	Recubrir dentadura parcial inferior	\$95
D5730	Relinear dentadura completa superior (en oficina dental)	\$65
D5731	Relinear dentadura completa inferior (en oficina dental)	\$65

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D5740	Relinear dentadura parcial superior ( en oficina dental)	\$65
D5741	Relinear dentadura parcial inferior (en oficina dental)	\$65
D5750	Relinear dentadura completa superior (en laboratorio)	\$100
D5751	Relinear dentadura completa inferior (en laboratorio)	\$100
D5760	Relinear dentadura parcial superior (en laboratorio)	\$100
D5761	Relinear dentadura parcial inferior (en laboratorio)	\$100
D5820	Dentadura parcial provisional (superior)	\$150
D5821	Dentadura parcial provisional (inferior)	\$150
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	\$700
Comfort Flex - Dentadura Completa Inferior	\$700
Geneva - Dentadura Completa Superior	\$700
Geneva - Dentadura Completa Inferior	\$700

##### Simply Natural

##### Dentadura Parcial - Base de Resina

Comfort Flex - Parcial Superior	\$750
Comfort Flex - Parcial Inferior	\$750
Geneva - Parcial Superior	\$750
Geneva - Parcial Inferior	\$750
EstheticClasp - Parcial Superior	\$750
EstheticClasp - Parcial Inferior	\$750
CuSil - Parcial Superior	\$750
CuSil - Parcial Inferior	\$750
Valplast - Parcial Superior	\$750
Valplast - Parcial Inferior	\$750

##### Dentadura Parcial - Base Metalica con Silla de Resina

Comfort Flex - Parcial Superior	\$750
Comfort Flex - Parcial Inferior	\$750
Valplast - Parcial Superior	\$750
Valplast - Parcial Inferior	\$750

##### 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**

#### Protesis Fijos

D6210	Pontico - molde de metal noble duro	\$400
D6211	Pontico - molde de mezcla de metales base	\$250
D6212	Pontico - molde de metal noble	\$350
D6214	Pontico - titanio	\$400
D6240	Pontico - metal noble duro cubierto por porcelana	\$400
D6241	Pontico - base mezcla de metales cubierta por porcelana	\$250

Codigo	Descripcion	Pago Complementario
D6242	Pontico - metal noble cubierto por porcelana	\$350
D6600	Inlay - porcelana/ceramica, 2 superficies	\$300
D6601	Inlay - porcelana/ceramica, 3 o mas superficies	\$350
D6602	Inlay - molde metal noble duro, 2 superficies	\$400
D6603	Inlay - molde metal noble duro, 3 o mas superficies	\$450
D6604	Inlay - molde de mezcla de metales, 2 superficies	\$300
D6605	Inlay - molde de mezcla de metales, 3 o mas superficies	\$350
D6606	Inlay - molde metal noble, 2 superficies	\$350
D6607	Inlay - molde metal noble, 3 o mas superficies	\$400
D6608	Onlay - porcelana/ceramica, 2 superficies	\$300
D6609	Onlay - porcelana/ ceramica, 3 o mas superficies	\$300
D6610	Onlay - molde metal noble duro, 2 superficies	\$400
D6611	Onlay - molde metal noble duro, 3 o mas superficies	\$450
D6612	Onlay - molde de mezcla de metales, 2 superficies	\$300
D6613	Onlay - molde de mezcla de metales, 3 o mas superficies	\$350
D6614	Onlay - molde de metal noble, 2 superficies	\$350
D6615	Onlay - molde de metal noble, 3 o mas superficies	\$400
D6624	Inlay - titanio	\$400
D6634	Onlay - titanio	\$400
D6750	Corona - metal noble duro cubierto por porcelana	\$400
D6751	Corona - base de mezcla de metales cubierta por porcelana	\$250
D6752	Corona - metal noble cubierto por porcelana	\$350
D6780	Corona - 3/4 molde metal noble duro	\$400
D6781	Corona - 3/4 molde de base de mezcla de metales	\$250
D6782	Corona - 3/4 molde de metal noble	\$350
D6783	Corona - 3/4 porcelana/ceramica	\$400
D6790	Corona - molde completo de metal noble duro	\$400
D6791	Corona - molde completo de base de mezcla de metales	\$250
D6792	Corona - molde completo de metal noble duro	\$350
D6794	Corona - Titanio	\$400
D6930	Recementacion de dentadura parcial fija	\$25
D6970	Molde de poste con base en adision al reten de dentadura parcial fijo	\$75
D6971	Molde de poste como parte del reten de la dentadura parcial	\$75
D6972	Poste con base prefabricado en adision al reten de dentadura parcial fijo	\$70
D6973	Construccion de un modelo de impresion de dientes para reten, incluyendo perno	\$25
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	\$25
D7140	Extraccion, de diente erupcionado o raiz expuesta	\$25
D7210	Extraccion quirurgica de diente erupcionado	\$45
D7220	Extraccion de diente impactado - tejido blando	\$90
D7230	Extraccion de diente impactado - hueso expuesto parcial	\$175
D7240	Extraccion de diente impactado - hueso expuesto completo	\$200
D7241	Extraccion de diente impactado - hueso expuesto completo, con complicaciones inusuales	\$210
D7250	Extraccion quirurgica de raices residuales de diente (cirugia)	\$90
D7270	Reimplantacion y/o estabilizacion del diente accidentalmente desplazado	\$200
D7310	Alveoplastia en conjuncion con extracciones - por cuadrante	\$70
D7311	Alveoplastia en conjuncion con extracciones - 1 a 3 dientes/ espacios por cuadrante	\$70
D7320	Alveoplastia no en conjuncion con extracciones - por cuadrante	\$90
D7321	Alveoplastia no en conjuncion con extracciones - 1 a 3 dientes/espacios por cuadrante	\$90
D7510	Incision y drenaje de absceso - tejido suave intraoral	\$100

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

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