

PLAN DENTAL DE GOLDEN WEST
PLAN DENTAL DE INCENTIVOS 89L 3

Presentación A

Programa y Matriz de Copago

Los servicios prestados y considerados necesarios para una salud bucal apropiada por su Dentista General de Golden West están sujetos a los siguientes copagos.

| CÓDIGO ADA | PROCEDIMIENTO | EL SOCIO PAGA | CÓDIGO ADA | PROCEDIMIENTO | EL SOCIO PAGA |
|---|--|---------------|-------------------------------|---|---------------|
| EXÁMENES BUCALES | | | ENDODONCIA | | |
| 0120 | Evaluación bucal periódica | Sin Cargo | 3110 | Tapa de pulpa, directa | Sin Cargo |
| 0140 | Evaluación bucal limitada | Sin Cargo | 3120 | Tapa de pulpa, indirecta | Sin Cargo |
| 0150 | Evaluación bucal general | Sin Cargo | 3220 | Pulpotomía terapéutica | Sin Cargo |
| RAYOS-X | | | 3221 | Abertura y drenaje del diente | 16 |
| 0210 | Intrabucal, serie completa | Sin Cargo | 3310/3346 | Terapia de conducto raíz, anterior | 50 |
| 0220 | Intrabucal, periapical, primera capa | Sin Cargo | 3320/3347 | Terapia de conducto raíz, bicúspide | 100 |
| 0230 | Intrabucal, periapical, cada capa adicional | Sin Cargo | 3330/3348 | Terapia de conducto raíz, molar | 150 |
| 0240 | Intrabucal, oclusiva | Sin Cargo | 3410 | Apicoectomía, anterior | 50 |
| 0270/0272/0274 | Película de Rayos-X | Sin Cargo | 3421 | Apicoectomía, bicúspide, primera raíz | 50 |
| 0330 | Capa panorámica | Sin Cargo | 3425 | Apicoectomía, molar, primera raíz | 50 |
| LIMPIEZA Y PREVENCIÓN | | | 3426 | Apicoectomía, cada raíz adicional | 20 |
| 1110/1120 | Profilaxis – adultos o niños | Sin Cargo | PERIODONCIA | | |
| 1201/1203 | Tratamiento de fluoruro, niños | Sin Cargo | 4210 | Gingivectomía/gingivoplastia, por cuadrante | 40 |
| 1204/1205 | Tratamiento de fluoruro, adultos | 5 | 4211 | Gingivectomía/gingivoplastia, por diente | Sin Cargo |
| 1330 | Instrucción de higiene bucal | Sin Cargo | 4220 | Raspado gingival, quirúrgico, por cuadrante | 20 |
| 1351 | Sellador, por diente | 7 | 4260 | Cirugía ósea, por cuadrante | 100 |
| MANTENEDORES DE ESPACIO | | | 4341 | Escalamiento o descamado periodontal y trazado de raíces, por cuadrante | 20 |
| 1510/1515 | Mantenedor de espacio, fijo | 30 | 4355 | Desbridamiento bucal completo | 20 |
| 1520/1525 | Mantenedor de espacio, movable | 40 | 4381 | Actisite® por sitio | 90 |
| RESTAURACIONES | | | PROSTODONTIA, MOVIBLE* | | |
| 2110 | Amalgama, primaria, 1 superficie | Sin Cargo | 5110/5120 | Dentadura postiza completa, superior e inferior | 150 |
| 2120 | Amalgama, primaria, 2 superficies | Sin Cargo | 5211/5212 | Dentadura postiza parcial, base de resina, superior e inferior | 120 |
| 2130 | Amalgama, primaria, 3 superficies | Sin Cargo | 5213/5214 | Dentadura postiza parcial, armazón de metal fundido, superior e inferior | 175 |
| 2131 | Amalgama, primaria, 4+ superficies | Sin Cargo | 5410/5411/5421/5422 | Ajuste de dentadura postiza completa o parcial, primeras 2 visitas | Sin Cargo |
| 2140 | Amalgama, permanente, 1 superficie | Sin Cargo | 5410/5411/5421/5422 | Ajuste de dentadura postiza completa o parcial, visitas subsiguientes | 8 |
| 2150 | Amalgama, permanente, 2 superficies | Sin Cargo | 5510 | Reparación de base de dentadura postiza completa quebrada | Sin Cargo |
| 2160 | Amalgama, permanente, 3 superficies | Sin Cargo | 5520 | Reemplazo de dientes perdidos o quebrados, dentadura postiza completa, por diente | 5 |
| 2161 | Amalgama, permanente, 4+ superficies | Sin Cargo | 5610 | Reparación de base de dentadura postiza parcial con resina | Sin Cargo |
| 2330 | Resina, 1 superficie, anterior | 8 | 5620 | Reparación de armazón de metal fundido | Sin Cargo |
| 2331 | Resina, 2 superficies, anterior | 16 | 5630 | Reparación o reemplazo de broche quebrado | 5 |
| 2332 | Resina, 3 superficies, anterior | 24 | 5640 | Reemplazo de dientes quebrados, dentadura postiza parcial, por diente | 5 |
| 2335 | Resina, 4+ superficies /ángulo incisivo, anterior | 32 | 5650/5660 | Dientes y/o broches, extra por unidad | 5 |
| CORONAS* | | | 5730/5731 | Revestimiento de dentadura postiza completa superior o inferior, asentado lateral | Sin Cargo |
| 2710 | Resina (laboratorio) | 50 | 5740/5741 | Revestimiento de dentadura postiza parcial superior o inferior, asentado lateral | Sin Cargo |
| 2720/2721/2722 | Resina con metal | 60 | 5750/5751 | Revestimiento de dentadura postiza completa superior o inferior, laboratorio | 30 |
| 2740 | Porcelana/substrato de cerámica | 100 | 5760/5761 | Revestimiento de dentadura postiza parcial superior o inferior, laboratorio | 30 |
| 2750/2751/2752 | Porcelana con metal | 120 | 5820/5821 | Dentadura postiza parcial provisional (placa de apoyo) | 20 |
| 2750/2751/2752 | Porcelana con metal, molares | 220 | 5850/5851 | Acondicionamiento de tejidos, superior o inferior | Sin Cargo |
| 2780/2781/2782 | 3/4 Metal fundido | 100 | | | |
| 2790/2791/2792 | Metal fundido completo | 100 | | | |
| 2910 | Incrustación de re cemento | Sin Cargo | | | |
| 2920 | Corona de re cemento | Sin Cargo | | | |
| 2930 | Acero inoxidable (dientes primarios) | 10 | | | |
| 2931 | Acero inoxidable (dientes permanentes a los 19 años de edad) | 15 | | | |
| 2940 | Empaste Sedante | Sin Cargo | | | |
| 2950 | Fortalecimiento del núcleo (incluyendo pernos) | 20 | | | |
| 2951 | Retención del perno además de la restauración, por diente | 8 | | | |
| 2952/2954 | Pilar y núcleo además de la corona | 20 | | | |
| OTROS SERVICIOS DE RESTAURACIÓN* | | | | | |
| 2960 | Revestimiento labial, asentado lateral, por diente | 60 | | | |

| CÓDIGO ADA | PROCEDIMIENTO | EL SOCIO PAGA | CÓDIGO ADA | PROCEDIMIENTO | EL SOCIO PAGA |
|----------------------------|---|---------------|-------------------------------------|--|---------------|
| PROSTODONTIA, FIJA* | | | CIRUGÍA BUCAL (continued) | | |
| 6210/6211/6212 | Póntico, metal fundido | 100 | 7220 | Extirpación de diente impactado, tejido blando | 20 |
| 6240/6241/6242 | Póntico, porcelana con metal | 120 | 7230 | Extirpación de diente impactado, parcialmente descarnado | 30 |
| 6545 | Retenedor, metal fundido | 70 | 7240 | Extirpación de diente impactado, completamente descarnado | 50 |
| 6720/6721/6722 | Resina con metal | 60 | 7310/7320 | Alveoloplastia, por cuadrante | 50 |
| 6750/6751/6752 | Corona, porcelana con metal | 120 | 7471 | Extirpación de exostosis, por sitio | Sin Cargo |
| 6750/6751/6752 | Corona, porcelana con metal, molares | 220 | 7960 | Frenectomía | Sin Cargo |
| 6790/6791/6792 | Corona, metal fundido completo | 100 | 7970 | Extirpación de tejido hiperplástico, por arco | 25 |
| 6930 | Puente de recemento | Sin Cargo | SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS | | |
| 6940 | Rompedor de tensión, por unidad | 10 | 9110 | Tratamiento paliativo, emergencia | Sin Cargo |
| 6970/6972 | Pilar y núcleo además del retenedor de dentadura postiza parcial fija | 20 | 9215 | Anestesia local | Sin Cargo |
| 6973 | Fortalecimiento del núcleo para el retenedor, incluyendo pernos | 20 | 9430 | Visita al consultorio para observación, horas regulares de consulta, no se prestan servicios | Sin Cargo |
| CIRUGÍA BUCAL | | | 9440 | Visita al consultorio después de las horas regularmente programadas | 25 |
| 7110 | Extracción, diente individual | Sin Cargo | 9630 | 16 oz. Rx Peridex | 19 |
| 7120 | Extracción, cada diente adicional | Sin Cargo | CITAS DE ATENCIÓN PERDIDAS | | |
| 7210 | Extirpación quirúrgica de diente erupcionado | 15 | Sin 24 horas de notificación previa | | |

*El metal base es el beneficio. Si se utiliza metal noble y metal altamente noble (precioso), éste le será cargado al cliente al costo adicional de laboratorio del metal noble o altamente noble. Esto se aplica a las coronas, puentes, núcleos fundidos y de pilar. Los copagos no incluyen los cargos por el oro y por los honorarios de laboratorio dental.

| | |
|--------------------------------------|---|
| DEDUCIBLE | Ninguno |
| MÁXIMO DE VIDA | Servicios prestados con cobertura ilimitada por un Dentista General |
| SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO* | Sin Cobertura |
| SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN* | Sin Cobertura |
| COBERTURA DE SALUD DE EMERGENCIA* | Sin Cobertura |
| SERVICIOS DE AMBULANCIA* | Sin Cobertura |
| COBERTURA DE DROGAS DE PRESCRIPCIÓN* | Sin Cobertura |
| EQUIPAMIENTO MÉDICO NO PERECEDERO * | Sin Cobertura |
| SERVICIOS DE SALUD MENTAL* | Sin Cobertura |
| SERVICIOS DE DEPENDENCIA QUÍMICA* | Sin Cobertura |
| SERVICIOS DE SALUD EN EL HOGAR * | Sin Cobertura |

**Golden West está obligado por reglamento a proporcionar esta información. Golden West proporciona solamente beneficios Dentales, Ortodónticos y de la Vista

VEA LAS PRINCIPALES EXCLUSIONES Y LIMITACIONES EN LOS BENEFICIOS

Todos los servicios prestados por un Dentista General de Golden West. Cualquier procedimiento que no aparezca en la lista y sea proporcionado por el dentista general está disponible por un honorario de servicios. Algunos procedimientos pueden estar a disposición solamente en las oficinas seleccionadas. El pago es realizado en el momento en que los servicios son prestados.

El reembolso por una emergencia fuera del área se limita a \$50.00 por año calendario.