

DMO[®] Dental Benefits Summary

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	COSTO DEL PACIENTE
	Copago por visita al consultorio	\$0
D0120	Evaluación oral periódica, paciente habitual: 4 por año; todas combinadas	Sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada, centrada en un problema: 4 por año; todas combinadas	Sin cargo
D0145	Evaluación oral para un paciente menor de 3 años de edad y asesoramiento con un cuidador primario: 4 por año; todas combinadas	Sin cargo
D0150	Evaluación oral integral, paciente nuevo o habitual: 4 por año; todas combinadas	Sin cargo
D0160	Evaluación oral exhaustiva y detallada, centrada en un problema, por informe: 4 por año; todas combinadas	Sin cargo
D0170	Revaluación limitada, centrada en un problema (paciente habitual, no visita posoperatoria): 4 por año; todas combinadas	Sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral, paciente nuevo o habitual: 4 por año; todas combinadas	Sin cargo
D0210	Intraoral; serie completa de radiografías: 1 conjunto cada 3 años; combinado con una panorámica	Sin cargo
D0220	Intraoral, periapical, primera radiografía	Sin cargo
D0230	Intraoral, periapical, cada radiografía adicional	Sin cargo
D0240	Imagen intraoral, oclusal	Sin cargo
D0250	Extraoral, imagen radiográfica 2D creada con una fuente de radiación fija y un detector	Sin cargo
D0251	Radiografía dental, extraoral	Sin cargo
D0270	Radiografía de mordida, radiografía individual: 1 conjunto por año; todas combinadas	Sin cargo
D0272	Radiografía de mordida, 2 radiografías: 1 conjunto por año; todas combinadas	Sin cargo
D0273	Radiografía de mordida, 3 radiografías: 1 conjunto por año; todas combinadas	Sin cargo
D0274	Radiografía de mordida, 4 radiografías: 1 conjunto por año; todas combinadas	Sin cargo
D0277	Imágenes verticales de mordida: 7 u 8 imágenes; 1 conjunto cada 3 años	Sin cargo
D0330	Imagen panorámica: 1 conjunto cada 3 años, combinado con toda la boca	Sin cargo

DMO[®] Dental Benefits Summary

D0391	Interpretación de imagen diagnóstica	Sin cargo
D0470	Modelos diagnósticos	Sin cargo
D0472	Muestra de tejido, examen general, preparación y transmisión de informe escrito	Sin cargo
D0473	Muestra de tejido, examen general y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	Sin cargo
D0474	Muestra de tejido; examen general y microscópico, incluida la evaluación de los márgenes quirúrgicos para detectar enfermedad; preparación y transmisión de informe escrito	Sin cargo
D1110	Profilaxis (adultos): 2 por año; todas combinadas	Sin cargo
D1120	Profilaxis (niños): 2 por año; todas combinadas	Sin cargo
D1206	Aplicación de esmalte tópico de fluoruro (niños): 1 por año; niños menores de 16 años; todas combinadas	Sin cargo
D1208	Aplicación tópica de fluoruro, sin esmalte (niños): 1 por año; niños menores de 16 años; todas combinadas	Sin cargo
D1330	Instrucción sobre higiene bucal	Sin cargo
D1351	Selladores, por diente: 1 diente cada 3 años en los molares permanentes; niños menores de 16 años; todos combinados	Sin cargo
D1352	Restauración preventiva de resina: 1 diente cada 3 años en los molares permanentes; niños menores de 16 años; todas combinadas	Sin cargo
D1353	Reparación de sellador, por diente: limitado a los molares permanentes; niños menores de 16 años; todos los selladores combinados	Sin cargo
D1354	Aplicación de medicamento provisorio para detener el desarrollo de caries, por diente: 1 diente cada 3 años en los molares permanentes; niños menores de 16 años; todas combinadas	Sin cargo
D1355	Aplicación de medicamento para la prevención de caries, por diente: 1 diente cada 3 años en los molares permanentes; niños menores de 16 años; todas combinadas	Sin cargo
D1510	Mantenedor de espacio - fijo unilateral	Sin cargo
D1516	Mantenedor de espacio: maxilar fijo bilateral	Sin cargo
D1517	Mantenedor de espacio: mandibular fijo bilateral	Sin cargo
D1520	Mantenedor de espacio - removible unilateral	Sin cargo
D1526	Mantenedor de espacio maxilar, removible, bilateral	Sin cargo

DMO[®] Dental Benefits Summary

D1527	Mantenedor de espacio mandibular, removible, bilateral	Sin cargo
D1551	Recementado o resellado del mantenedor de espacio bilateral, maxilar	\$12
D1552	Recementado o resellado del mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$12
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	\$6
D1556	Remoción de mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante	\$6
D1557	Remoción del mantenedor de espacio fijo bilateral, maxilar	\$12
D1558	Remoción del mantenedor de espacio fijo bilateral, mandibular	\$12
D1575	Mantenedor de espacio tipo zapatilla distal - fijo - unilateral	Sin cargo
D2140	Amalgama - 1 superficie (primario o permanente)	Sin cargo
D2150	Amalgama - 2 superficies (primario o permanente)	Sin cargo
D2160	Amalgama - 3 superficies (primario o permanente)	Sin cargo
D2161	Amalgama - 4 o más superficies (primario o permanente)	Sin cargo
D2330	Compuesto a base de resina - 1 superficie, anterior	Sin cargo
D2331	Compuesto a base de resina - 2 superficies, anterior	Sin cargo
D2332	Compuesto a base de resina - 3 superficies, anterior	Sin cargo
D2335	Compuesto a base de resina - 4 o más superficies, anterior (o incluyendo ángulo incisal)	Sin cargo
D2390	Corona compuesta de resina, anterior	\$40
D2391	Compuesto a base de resina - 1 sup., posterior, bicúspide*	Sin cargo
D2392	Compuesto a base de resina - 2 sup., posterior, bicúspide*	Sin cargo
D2393	Compuesto a base de resina - 3 sup., posterior, bicúspide*	Sin cargo
D2394	Compuesto a base de resina - 4 o más sup., posterior, bicúspide*	Sin cargo
D2510	Incrustación - metálica, 1 superficie	\$160
D2520	Incrustación - metálica, 2 superficies	\$160
D2530	Incrustación - metálica, 3 superficies	\$160
D2542	Sobrepuesto - metálico, 2 superficies	\$160
D2543	Sobrepuesto - metálico, 3 superficies	\$160
D2544	Sobrepuesto - metálico, 4 o más superficies	\$160
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica - 1 superficie	\$160

DMO[®] Dental Benefits Summary

D2620	Incrustación, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$160
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica - 3 o más superficies	\$160
D2642	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 2 superficies	\$160
D2643	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 3 superficies	\$160
D2644	Sobrepuesto, porcelana/cerámica - 4 o más superficies	\$160
D2650	Incrustación, compuesto/resina - 1 superficie	\$160
D2651	Incrustación, compuesto/resina - 2 superficies	\$160
D2652	Incrustación, compuesto/resina - 3 superficies	\$160
D2662	Sobrepuesto, compuesto/resina - 2 superficies	\$160
D2663	Sobrepuesto, compuesto/resina - 3 superficies	\$160
D2664	Sobrepuesto, compuesto/resina - 4 o más superficies	\$160
D2710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$185
D2712	Corona - 3/4 del compuesto a base de resina, indirecto	\$142
D2720	Corona - resina con metal altamente noble	\$185
D2721	Corona - resina con metal predominantemente bajo	\$185
D2722	Corona - resina con metal noble	\$185
D2740	Corona - substrato de porcelana/cerámica	\$185
D2750	Corona - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$185
D2751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$185
D2752	Corona - porcelana fundida sobre metal noble	\$185
D2753	Corona: porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$185
D2780	Corona - colada con 3/4 de metal altamente noble	\$178
D2781	Corona - colada con 3/4 de metal predominantemente bajo	\$178
D2782	Corona - colada con 3/4 de metal noble	\$178
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$178
D2790	Corona - colada en metal sólido altamente noble	\$185
D2791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$185
D2792	Corona - colada en metal sólido noble	\$185
D2794	Corona - titanio	\$185

DMO[®] Dental Benefits Summary

D2910	Recementado de incrustación, sobrepuesto o restauración de recubrimiento parcial	\$5
D2915	Perno y núcleo vaciados, recementados o prefabricados	\$3
D2920	Recementado de corona	\$5
D2921	Reimplantación de fragmento de diente, borde incisal	Sin cargo
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada - diente primario	Sin cargo
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente primario	Sin cargo
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	\$40
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético - diente primario	Sin cargo
D2940	Restauración de protección	Sin cargo
D2941	Restauración terapéutica interina - dentición primaria	Sin cargo
D2950	Construcción de núcleo, incluye todas las clavijas	\$30
D2951	Perno de retención - además de la restauración	\$6
D2952	Perno y núcleo, además de la corona	\$50
D2990	Infiltración con resina de una lesión: 1 diente cada 3 años en los molares permanentes; niños menores de 16 años; todas combinadas	Sin cargo
D3110	Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final)	Sin cargo
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto (excluye restauración final)	Sin cargo
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluye restauración final)	Sin cargo
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$10
D3222	Pulpotomía parcial	Sin cargo
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - anterior, diente primario	Sin cargo
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - posterior, diente primario	Sin cargo
D3310	Terapia de conducto de la raíz - anterior (excluye restauración final)	\$50
D3320	Terapia de conducto de la raíz - bicúspide (excluye restauración final)	\$70
D3330	Terapia de conducto de la raíz - molar (excluye restauración final)	\$150
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto de la raíz, sin acceso quirúrgico	\$50
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, irreparable o fracturado	\$35
D3333	Reparación de defectos de perforación en raíz interna	\$40

DMO[®] Dental Benefits Summary

D3346	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - anterior	\$150
D3347	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - bicúspide	\$170
D3348	Retratamiento de terapia de conducto de la raíz previa - molar	\$250
D3410 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - anterior	\$60
D3421 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - bicúspide (primera raíz)	\$60
D3425 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - molar (primera raíz)	\$80
D3426 (1)	Apicoectomía/cirugía perirradicular - cada raíz adicional	\$40
D3430 (1)	Restauración a retro - por cada raíz	\$20
D3450 (1)	Amputación radicular - por cada raíz	\$60
D3471 (1)	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, diente anterior	\$27
D3472 (1)	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, diente premolar	\$36
D3473 (1)	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, diente molar	\$45
D3501 (1)	Exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular, diente anterior	\$54
D3502 (1)	Exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular, diente premolar	\$72
D3503 (1)	Exposición quirúrgica de superficie radicular sin apicectomía o reparación de reabsorción radicular, diente molar	\$90
D4210 (1)	Gingivectomía o gingivoplastia: 4 dientes o más por cuadrante; 1 por diente/cuadrante cada 3 años; todas combinadas	\$75
D4211 (1)	Gingivectomía o gingivoplastia: de 1 a 3 dientes por cuadrante; 1 por diente/cuadrante cada 3 años; todas combinadas	\$20
D4212 (1)	Gingivectomía para permitir acceso, por diente: 1 por diente/cuadrante cada 3 años; todas combinadas	\$8
D4240 (1)	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 4 o más dientes - por cuadrante	\$90
D4241 (1)	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo limadura de raíces - 1 a 3 dientes - por cuadrante	\$54
D4245 (1)	Colgajo posicionado apicalmente	\$90
D4249	Alargamiento de corona clínica, tejido duro	\$150
D4260 (1)	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre de colgajo): 4 dientes o más por cuadrante; 1 cuadrante cada 3 años; todas combinadas	\$250

DMO[®] Dental Benefits Summary

D4261 (1)	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre de colgajo): de 1 a 3 dientes por cuadrante; 1 cuadrante cada 3 años; todas combinadas	\$150
D4268 (1)	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	\$100
D4270 (1)	Procedimiento de injerto pedicular de tejido blando	\$190
D4273 (1)	Injerto subepitelial de tejido conectivo, por diente	\$115
D4275 (1)	Auto trasplante de tejido blando	\$230
D4276 (1)	Injerto de tejido conectivo/pedicular, por diente	\$190
D4277 (1)	Injerto libre de tejido blando - primer diente	\$82
D4278 (1)	Injerto libre de tejido blando - cada diente adicional	\$41
D4283 (1)	Injerto de tejido conectivo autógeno	\$63
D4285 (1)	Injerto de tejido conectivo no autógeno	\$127
D4341	Limadura de raíces periodontal: 4 dientes o más por cuadrante; 4 cuadrantes distintos cada 2 años; todas combinadas	\$40
D4342	Limadura de raíces periodontal: de 1 a 3 dientes por cuadrante; 4 dientes/cuadrantes distintos cada 2 años; todas combinadas	\$24
D4346	Raspado cuando hay inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa, luego de evaluación oral: 2 cada año; combinado con limpiezas	\$30
D4355	Desbridamiento: 1 de por vida	\$60
D4910	Mantenimiento periodontal - 2 por año, luego de un tratamiento periodontal activo	\$20
D4920	Cambio no programado de apósito (por una persona que no sea el dentista tratante)	\$10
D5110 (2)	Dentadura postiza completa - maxilar	\$250
D5120 (2)	Dentadura postiza completa - mandibular	\$250
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar	\$300
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular	\$300
D5211 (2)	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$250
D5212 (2)	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$250

DMO[®] Dental Benefits Summary

D5213 (2)	Dentadura postiza parcial maxilar - armazón de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$300
D5214 (2)	Dentadura postiza parcial mandibular - armazón de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$300
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$288
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$288
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, armazón fundido con base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$345
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, armazón fundido con base de resina (incluye todos los enganches, apoyos y dientes convencionales)	\$345
D5225 (2)	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$300
D5226 (2)	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$300
D5227 (2)	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$300
D5228 (2)	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base flexible (incluye todos los enganches, apoyos y dientes)	\$300
D5282 (2)	Dentadura postiza parcial unilateral removible, una pieza de metal fundido (incluye enganches y dientes), maxilar	\$250
D5283 (2)	Dentadura postiza parcial unilateral removible, una pieza de metal fundido (incluye enganches y dientes), mandibular	\$250
D5284 (2)	Dentadura postiza parcial unilateral removible, una pieza de base flexible (incluye enganches y dientes), por cuadrante	\$150
D5286 (2)	Dentadura postiza parcial unilateral removible, una pieza de resina (incluye enganches y dientes), por cuadrante	\$125
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar	\$10
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular	\$10
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar	\$10
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular	\$10
D5511	Reparación de base rota de dentadura postiza completa, mandibular	\$25

DMO[®] Dental Benefits Summary

D5512	Reparación de base rota de dentadura postiza completa, maxilar	\$25
D5520	Reemplazar dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	\$35
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	\$35
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	\$35
D5621	Reparación de armazón parcial fundido, mandibular	\$35
D5622	Reparación de armazón parcial fundido, maxilar	\$35
D5630	Reparar o reemplazar enganche roto	\$35
D5640	Reemplazar dientes rotos - por diente	\$35
D5650	Añadir diente a dentadura postiza parcial existente	\$35
D5660	Añadir enganche a dentadura postiza parcial existente	\$40
D5670	Reemplazar todos los dientes y el acrílico en armazón de metal fundido (maxilar)	\$86
D5671	Reemplazar todos los dientes y el acrílico en armazón de metal fundido (mandibular)	\$86
D5710	Rebasar dentadura postiza maxilar completa	\$86
D5711	Rebasar dentadura postiza mandibular completa	\$86
D5720	Rebasar dentadura postiza parcial maxilar	\$86
D5721	Rebasar dentadura postiza parcial mandibular	\$86
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	\$86
D5730	Recubrir dentadura postiza maxilar completa (en la silla dental)	\$40
D5731	Recubrir dentadura postiza mandibular completa (en la silla dental)	\$40
D5740	Recubrir dentadura postiza parcial maxilar (en la silla dental)	\$40
D5741	Recubrir dentadura postiza parcial mandibular (en la silla dental)	\$40
D5750	Recubrir dentadura postiza maxilar completa (laboratorio)	\$75
D5751	Recubrir dentadura postiza mandibular completa (laboratorio)	\$75
D5760	Recubrir dentadura postiza parcial maxilar (laboratorio)	\$75
D5761	Recubrir dentadura postiza parcial mandibular (laboratorio)	\$75
D5765	Revestimiento suave para dentaduras postizas removibles parciales o completas (indirecto)	\$75
D5820 (3)	Dentadura postiza parcial interina (maxilar)	\$60

DMO[®] Dental Benefits Summary

D5821 (3)	Dentadura postiza parcial interina (mandibular)	\$60
D5850	Condicionamiento de tejido, maxilar	\$20
D5851	Condicionamiento de tejido, mandibular	\$20
D5876	Agregado de subestructura metálica a dentadura postiza completa de acrílico (por arco)	\$25
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada en estribo	\$185
D6059	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$185
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$185
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal apoyada en estribo (metal noble)	\$185
D6062	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal altamente noble)	\$185
D6063	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal predominantemente bajo)	\$185
D6064	Corona colada en metal apoyada en estribo (metal noble)	\$185
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada en implante	\$185
D6066	Corona apoyada en implante: porcelana fundida sobre aleaciones altamente nobles	\$185
D6067	Corona apoyada en implante: aleaciones altamente nobles	\$185
D6068	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	\$185
D6069	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (altamente noble)	\$185
D6070	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (predominantemente bajo)	\$185
D6071	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija de porcelana fundida sobre metal (noble)	\$185
D6072	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (altamente noble)	\$185
D6073	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (predominantemente bajo)	\$185
D6074	Retenedor apoyado en estribo para dentadura postiza parcial fija colada en metal (noble)	\$185
D6075	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	\$185

DMO[®] Dental Benefits Summary

D6076	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija: porcelana fundida sobre aleaciones altamente nobles	\$185
D6077	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija: aleaciones altamente nobles	\$185
D6082	Corona apoyada en implante: porcelana/aleaciones predominantemente bajas	\$185
D6083	Corona apoyada en implante: porcelana fundida sobre aleaciones nobles	\$185
D6084	Corona apoyada en implante: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$185
D6086	Corona apoyada en implante: aleaciones predominantemente bajas	\$185
D6087	Corona apoyada en implante: aleaciones nobles	\$185
D6088	Corona apoyada en implante: titanio y aleaciones de titanio	\$185
D6094	Corona apoyada en estribo - titanio	\$185
D6097	Corona apoyada en estribo: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$185
D6098	Retenedor apoyado en implante: porcelana/aleaciones predominantemente bajas	\$185
D6099	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija: porcelana/aleaciones nobles	\$185
D6110	Dentadura postiza removible apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$250
D6111	Dentadura postiza removible apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$250
D6112	Dentadura postiza removible apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$250
D6113	Dentadura postiza removible apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$250
D6114	Dentadura postiza fija apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$250
D6115	Dentadura postiza fija apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$250
D6116	Dentadura postiza fija apoyada en implante o estribo (maxilar)	\$250
D6117	Dentadura postiza fija apoyada en implante o estribo (mandibular)	\$250
D6120	Retención sostenida por estribo: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$185
D6121	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones predominantemente bajas	\$185
D6122	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: aleaciones nobles	\$185
D6123	Retenedor apoyado en implante para dentadura postiza parcial fija de metal: titanio y aleaciones de titanio	\$185
D6195	Retenedor apoyado en estribo: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$185

DMO[®] Dental Benefits Summary

D6197	Sustitución de materiales restaurativos utilizados para cerrar una apertura de acceso en una prótesis sostenida por implante retenida con tornillo, por implante	\$0
D6205	Póntico - compuesto a base de resina, indirecto	\$185
D6210	Póntico - colado en metal altamente noble	\$185
D6211	Póntico - colado en metal predominantemente bajo	\$185
D6212	Póntico - colado en metal noble	\$185
D6214	Póntico - titanio	\$185
D6240	Póntico - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$185
D6241	Póntico - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$185
D6242	Póntico - porcelana fundida sobre metal noble	\$185
D6243	Pontic - porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$185
D6245	Póntico - porcelana/cerámica	\$185
D6250	Póntico - resina con metal altamente noble	\$185
D6251	Póntico - resina con metal predominantemente bajo	\$185
D6252	Póntico - resina con metal noble	\$185
D6545	Retenedor - colado en metal para prótesis fija adherida con resina	\$160
D6548	Retenedor - porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina	\$160
D6549	Retenedor de resina: prótesis adherida con resina	\$93
D6600	Incrustación - porcelana/cerámica, 2 superficies	\$160
D6601	Incrustación - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$160
D6602	Incrustación - colada en metal altamente noble, 2 superficies	\$180
D6603	Incrustación - colada en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$180
D6604	Incrustación - colada en metal predominantemente bajo, 2 superficies	\$160
D6605	Incrustación - colada en metal predominantemente bajo, 3 o más superficies	\$160
D6606	Incrustación - colada en metal noble, 2 superficies	\$180
D6607	Incrustación - colada en metal noble, 3 o más superficies	\$180
D6608	Sobrepuesto - porcelana/cerámica, 2 superficies	\$160
D6609	Sobrepuesto - porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$160

DMO[®] Dental Benefits Summary

D6610	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 2 superficies	\$180
D6611	Sobrepuesto - colado en metal altamente noble, 3 o más superficies	\$180
D6612	Sobrepuesto - colado en metal predominantemente bajo, 2 superficies	\$160
D6613	Sobrepuesto - colado en metal predominantemente bajo, 3 o más superficies	\$160
D6614	Sobrepuesto - colado en metal noble, 2 superficies	\$180
D6615	Sobrepuesto - colado en metal noble, 3 o más superficies	\$180
D6624	Incrustación - titanio	\$180
D6634	Sobrepuesto - titanio	\$180
D6710	Corona - compuesto a base de resina, indirecto	\$185
D6720	Corona - resina con metal altamente noble	\$185
D6721	Corona - resina con metal predominantemente bajo	\$185
D6722	Corona - resina con metal noble	\$185
D6740	Corona - porcelana/cerámica	\$185
D6750	Corona - porcelana fundida sobre metal altamente noble	\$185
D6751	Corona - porcelana fundida sobre metal predominantemente bajo	\$185
D6752	Corona - porcelana fundida sobre metal noble	\$185
D6753	Corona: porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$185
D6780	Corona - colada con 3/4 de metal altamente noble	\$185
D6781	Corona - colada con 3/4 de metal predominantemente bajo	\$185
D6782	Corona - colada con 3/4 de metal noble	\$185
D6783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$185
D6784	Corona 3/4: titanio y aleaciones de titanio	\$185
D6790	Corona - colada en metal sólido altamente noble	\$185
D6791	Corona - colada en metal sólido predominantemente bajo	\$185
D6792	Corona - colada en metal sólido noble	\$185
D6794	Corona - titanio	\$185
D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	\$15
D7111	Extracción, residuos coroneales - diente decidual	Sin cargo

DMO[®] Dental Benefits Summary

D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)	Sin cargo
D7210 (1)	Remoción quirúrgica de diente erupcionado	Sin cargo
D7220 (1)	Remoción de diente impactado - tejido blando	Sin cargo
D7230 (1)	Remoción de diente impactado - parcialmente óseo	\$45
D7240 (1)	Remoción de diente impactado - totalmente óseo	\$60
D7241 (1)	Remoción de diente impactado - totalmente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$60
D7250 (1)	Remoción quirúrgica de restos radiculares	\$15
D7251	Coronectomía: extracción intencional parcial de un diente	\$30
D7280 (1)	Acceso quirúrgico de diente no erupcionado	\$26
D7282 (1)	Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para ayudar a la erupción	\$30
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	\$6
D7285 (1)	Biopsia de tejido oral - duro (hueso, diente)	\$20
D7286 (1)	Biopsia de tejido oral - blando	\$20
D7287 (1)	Toma de muestra para citología	\$10
D7310 (1)	Alveoloplastia con extracciones - 4 o más dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$18
D7311 (1)	Alveoloplastia con extracciones - 1 a 3 dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$9
D7320 (1)	Alveoloplastia sin extracciones - 4 o más dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$25
D7321 (1)	Alveoloplastia sin extracciones - 1 a 3 dientes o espacios de dientes - por cuadrante	\$13
D7510 (1)	Incisión y drenaje de abscesos - intraoral, tejido blando	\$10
D7511 (1)	Incisión y drenaje de abscesos - intraoral, tejido blando - con complicaciones	\$11
D7961 (1)	Frenectomía (frenulectomía) de frenillo bucal o labial	\$24
D7962 (1)	Frenectomía (frenulectomía) de frenillo lingual	\$24
D7963 (1)	Frenuloplastia	\$25
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolores dentales - procedimiento menor	\$10

DMO[®] Dental Benefits Summary

D9222	Sedación profunda o anestesia general (los primeros 15 minutos)	\$104
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada incremento de 15 minutos	\$83
D9239	Sedación consciente intravenosa o analgesia (los primeros 15 minutos)	\$104
D9243	Sedación consciente intravenosa/analgesia - cada incremento de 15 minutos	\$83
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico prestado por un dentista o médico que no es el dentista o médico tratante	Sin cargo
D9311	Consulta con un profesional de salud médica	Sin cargo
D9932	Limpieza y revisión de dentadura postiza completa removible, maxilar	\$25
D9933	Limpieza y revisión de dentadura postiza completa removible, mandibular	\$25
D9934	Limpieza y revisión de dentadura postiza parcial removible, maxilar	\$25
D9935	Limpieza y revisión de dentadura postiza parcial removible, mandibular	\$25
D9942	Reparación y/o recubierta de protectores oclusales	\$18
D9943	Ajuste de protectores oclusales	\$9
D9944	Protector oclusal, dispositivo rígido, arco completo: 1 cada 3 años por bruxismo; todos combinados	\$81
D9945	Protector oclusal, dispositivo blando, arco completo: 1 cada 3 años por bruxismo; todos combinados	\$70
D9946	Protector oclusal, dispositivo rígido, arco parcial: 1 cada 3 años por bruxismo; todos combinados	\$42
D9951	Ajuste oclusal - limitado	\$10
D9952	Ajuste oclusal - completo	\$60
	Cargo adicional por unidad por rehabilitación de la boca completa	\$125
* Si el paciente decide hacerse una restauración de resina en un molar o en las superficies sometidas a mayor desgaste de un premolar, el paciente debe pagar el copago, si lo hubiera, por la restauración de la amalgama, más la diferencia entre las tarifas del dentista aprobadas por Aetna para la restauración de resina y la restauración de la amalgama.		
(1) Algunos servicios pueden estar cubiertos en el Plan Médico. Comuníquese con Servicio a Miembros para obtener más detalles.		
(2) Incluye recubierta, ajustes, rebases dentro de los primeros 6 meses.		
(3) Elegible para dientes anteriores solamente.		
Coronas/incrustaciones/sobrepuestos y procedimientos protésicos: una vez cada 5 años por diente.		
Los cargos por coronas y puentes se cobran por unidad. Habrá un cargo adicional por el costo real de oro/metales altamente nobles.		

DMO[®] Dental Benefits Summary

Rehabilitación de la boca completa se define como 6 o más unidades de coronas y/o puentes cubiertos en un solo tratamiento.

ORTODONCIA

	Tratamiento completo de ortodoncia: Incluye exámenes, registros, retención y aplicación.	
	Adolescent - excludes transitional dentition	\$2400
	Adultos: no incluye la dentición mixta	\$2400

Información adicional importante

Este resumen de beneficios de Aetna Dental Maintenance Organization (DMO[®]) proporciona información sobre los beneficios provistos cuando los servicios son prestados por un dentista participante. Para que una persona cubierta tenga derecho a los beneficios, es necesario que los servicios dentales sean proporcionados por un dentista de cuidado primario seleccionado de la red de dentistas DMO participantes. Pueden aplicarse beneficios fuera de la red. Consulte su Programa de Beneficios.

Los empleados en AZ, CA, GA, MA, MD, MO, NC, NJ y TX deben vivir o trabajar dentro del área de servicio DMO[®] aprobada para ser elegibles para inscribirse en el DMO[®]

Debido a la ley estatal, los beneficios limitados (que varían según el estado) de DMO[®] para servicios que no son de emergencia prestados por proveedores no participantes están disponibles para contratos del plan escritos en: CT, IL, KY, MA y OH y para miembros que residen en OK (independientemente de del estado del contrato).

Atención residentes de Massachusetts: Antes de inscribirse, debe tener en cuenta que nuestra red de proveedores preferidos en Massachusetts tiene proveedores principalmente en los siguientes condados: Barnstable, Berkshire, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester. Los gastos de su bolsillo serán más altos si no ve a un proveedor dentro de la red y, en algunos planes, es posible que los beneficios no estén disponibles para los proveedores fuera de la red.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN*

Algunos de los servicios que no están cubiertos por el plan son:

1. Servicios o suministros que están cubiertos del todo o en parte:
 - (a) según otro aspecto de este Plan de Atención Dental, o
 - (b) en algún otro plan de beneficios de grupo provisto por su empleador o a través de éste.
2. Servicios y suministros para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión que no es:
 - (a) una enfermedad no ocupacional, o
 - (b) una lesión no ocupacional.

DMO[®] Dental Benefits Summary

3. Servicios que no están listados en el Programa de Atención Dental correspondiente, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
4. Aquellos por reemplazo de un dispositivo perdido, desaparecido o robado, y aquellos por reemplazo de dispositivos que se han dañado por abuso, mal uso o negligencia.
5. Aquellos por cirugía plástica, cosmética o reconstructiva, u otros servicios o suministros dentales cuya intención principal sea mejorar, cambiar o resaltar la apariencia. Esto se aplica bien sea que los servicios y los suministros tengan o no motivos psicológicos o emocionales. Los recubrimientos en las coronas de molares y en los puentes se considerarán siempre cosméticos.
6. Those for or in connection with services, procedures, drugs or other supplies that are determined by Aetna to be experimental or still under clinical investigation by health professionals. (Does not apply to TX plans)
7. Aquellos por: dentaduras postizas, coronas, incrustaciones, sobrepuestos, puentes u otros dispositivos o servicios utilizados con el propósito de ferulización, para alterar la dimensión vertical a fin de restaurar la oclusión o corregir desgaste, abrasión o erosión. No se aplica a los contratos de CA.
8. Aquellos relacionados con alguno de los siguientes servicios (no se aplica a los contratos de TX): (a) un dispositivo o modificación de éste si la impresión fue tomada antes de que la persona quedara cubierta; (b) una corona, puente o restauración fundida o procesada si el diente fue preparado para ello antes de que la persona quedara cubierta; (c) terapia de conducto de la raíz si la cámara pulpar fue abierta antes de que la persona quedara cubierta.
9. Servicios que Aetna ha definido como innecesarios para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la condición involucrada. Esto se aplica aun en el caso de que sean prescritos, recomendados o aprobados por el médico o dentista tratante.
10. Aquellos por servicios destinados al tratamiento de algún problema en la articulación de la mandíbula, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.
11. Aquellos por mantenedores de espacio, excepto cuando sea necesario para preservar el espacio resultante de la pérdida prematura de un diente decidua.
12. Aquellos por tratamientos de ortodoncia, a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.

DMO[®] Dental Benefits Summary

13. Aquellos por anestesia general y sedación intravenosa, a menos que estén específicamente cubiertos. En los planes que cubren estos servicios, no serán elegibles para beneficios a menos que se presten en conjunto con otro servicio cubierto necesario.

14. Aquellos por tratamientos prestados por alguien que no sea dentista, salvo que la escamación o la limpieza de dientes y la aplicación tópica de fluoruro puedan ser llevados a cabo por un higienista dental con licencia. En este caso, el tratamiento debe efectuarse con la guía y supervisión de un dentista.

15. Aquellos en relación con un servicio prestado a un dependiente de 5 años de edad o más si ese dependiente quedó cubierto en casos distintos de los siguientes:

- (a) durante los primeros 31 días en que el dependiente tiene derecho a esta cobertura, o
- (b) según lo prescrito por cualquier período de inscripción abierta acordado entre el empleador y Aetna. Esto no se aplica a los cargos incurridos:
 - (i) después de finalizado el período de doce meses a partir de la fecha en que el dependiente quedó cubierto, o
 - (ii) como resultado de lesiones accidentales sufridas mientras el dependiente estaba cubierto, o
 - (iii) por un servicio de cuidado primario incluido en el Programa de atención dental que aparezca bajo los títulos Visitas y Exámenes, y Radiografías y Patología.

16. Servicios prestados por un proveedor dental no participante hasta el punto de que los cargos excedan el monto a pagar por los servicios que aparecen en el Programa de Atención Dental correspondiente.

17. Aquellos por una corona, restauración fundida o procesada a menos que:

- (a) el tratamiento se deba a caries dentales o lesión traumática, y los dientes no se puedan restaurar con material de relleno, o
- (b) el diente sirva como estribo para una dentadura postiza parcial cubierta o un puente fijo cubierto.

18. Aquellos por pónicos, coronas, restauraciones fundidas o procesadas hechas con metales nobles a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.

19. Aquellos por la remoción quirúrgica de muelas del juicio impactadas sólo por motivos de ortodoncia a menos que se especifique de otro modo en el Folleto Certificado.

20. Aquellos por servicios que se requieren solamente en relación con servicios no cubiertos.

21. Aquellos por servicios prestados cuando no hay evidencia de patología, disfunción o enfermedad distintas de las cubiertas en los servicios preventivos. No se aplica a los contratos de CA.

DMO[®] Dental Benefits Summary

Cualquiera de las exclusiones anteriores no se aplicará si la cobertura de los cargos es un requisito de alguna ley que se aplique a la cobertura.

*Esta es una lista parcial de las exclusiones y limitaciones; pueden aplicarse otras. Consulte el folleto de su plan para más detalles.

Remisión a especialistas

1. Según el plan dental DMO, los servicios prestados por especialistas tienen derecho a cobertura sólo cuando han sido prescritos por el dentista de cuidado primario y autorizados por Aetna Dental. Si el pago de Aetna al dentista especializado se basa en una tarifa negociada, el copago del miembro por el servicio se basará en la misma tarifa negociada.

2. Los miembros del Plan DMO pueden visitar un ortodoncista sin necesidad de conseguir remisión de su dentista de cuidado primario. En un esfuerzo por aliviar las tareas administrativas tanto para los dentistas participantes en Aetna como para los miembros, Dental ha facilitado el acceso directo de los miembros DMO a los servicios de ortodoncia.

Atención dental de emergencia

Si necesita atención dental de emergencia para el tratamiento paliativo (alivio del dolor, estabilización) de una emergencia dental, está cubierto las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Debe comunicarse con su dentista de atención primaria para recibir tratamiento. Si no puede comunicarse con su PCD, comuníquese con Servicios para Miembros para obtener ayuda para localizar un dentista. Consulte los documentos de su plan para más detalles. Sujeto a los requisitos del estado. Nuestros consultores dentales pueden revisar la atención dental de emergencia fuera del área para verificar si el tratamiento es adecuado.

La cobertura de su Plan de Atención Dental está sujeta a las siguientes normas:

Regla de reemplazo:

El reemplazo de; además de; o
modificación de:

coronas

moldes o restauraciones procesadas;

prótesis removible;

puentes fijos; o

otros servicios protésicos

está cubierto solo si se cumple uno de los siguientes términos:

Se requiere el reemplazo o la adición de dientes para reemplazar uno o más dientes extraídos después de que se instaló la prótesis o puente existente. Esta cobertura debe haber estado vigente para la persona cubierta cuando se realizó la

DMO[®] Dental Benefits Summary

extracción.

La prótesis existente, corona; La restauración fundida o procesada, las prótesis removibles, los puentes o cualquier otro servicio de prótesis no se pueden reparar, y se instalaron al menos 5 años antes de su reemplazo.

La dentadura existente es temporal inmediata para reemplazar uno o más dientes naturales extraídos mientras la persona está cubierta, y no puede hacerse permanente, y se requiere el reemplazo por una dentadura permanente. El reemplazo debe realizarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de instalación inicial de la prótesis temporal inmediata.

La extracción de un tercer molar no califica. Cualquier aparato o puente fijo debe incluir el reemplazo de un diente o dientes extraídos.

La extracción de un tercer molar no califica. Dicho dispositivo o puente fijo debe incluir el reemplazo de uno o más dientes extraídos.

Norma del diente faltante no reemplazado (no se aplica a los contratos de TX y CA)

La cobertura para la primera colocación de dentaduras postizas removibles, puentes fijos y otros servicios protésicos está sujeta al requerimiento de que tales dentaduras postizas removibles, puentes fijos y otros servicios protésicos sean: (i) necesarios para reemplazar uno o más dientes naturales que fueron extraídos durante la vigencia de esta póliza para la persona cubierta, y (ii) no sean estribos para una dentadura postiza parcial, puente removable o puente fijo colocado dentro de los 5 años anteriores.

Norma de tratamiento alternativo: Si hay más de un servicio que se puede utilizar para tratar la condición dental de una persona cubierta, Aetna puede decidir que autoriza la cobertura solamente para el servicio cubierto menos costoso, siempre y cuando se cumplan todos los criterios siguientes:

- (a) el servicio debe figurar en la lista del Programa de atención dental;
 - (b) el servicio seleccionado debe estar considerado por la profesión odontológica como método apropiado de tratamiento, y
 - (c) el servicio seleccionado debe ser ampliamente aceptado según los estándares nacionales de práctica dental.
- Si el tratamiento es brindado por un proveedor dental participante y la persona cubierta solicita un servicio cubierto más costoso que aquel para el que se aprueba la cobertura, el copago específico para tal servicio comprenderá:
- (a) the copayment for the approved less costly service; plus
 - (b) the difference in cost between the approved less costly service and the more costly covered service.

Cómo encontrar a los proveedores participantes

Consulte la búsqueda de proveedores en línea de Aetna Dental para obtener las listas de proveedores más recientes. Los proveedores participantes son contratistas independientes en la práctica privada y no son empleados ni agentes de Aetna Dental o sus afiliados. La disponibilidad de cualquier proveedor en particular no se puede garantizar, y la composición de la red del proveedor está sujeta a cambios sin previo aviso. No todos los proveedores que figuran en el directorio

DMO[®] Dental Benefits Summary

aceptarán nuevos pacientes. Aunque Aetna Dental ha identificado proveedores que no aceptaban pacientes en nuestro plan DMO como lo conocía Aetna Dental en el momento en que se creó el directorio de proveedores, el estado de la práctica de un proveedor puede haber cambiado. Para obtener la información más actualizada, comuníquese con el proveedor seleccionado o con los Servicios para Miembros de Aetna al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación en línea, o utilice nuestra búsqueda de proveedores en Internet disponible en www.aetna.com.

Existen productos específicos que pueden no estar disponibles en las dos modalidades, con financiación propia y con seguro. La información contenida en este documento está sujeta a cambios sin previo aviso. En caso de conflicto entre los documentos de su plan y esta información, prevalecerán los documentos del plan. En caso de tener algún problema con la cobertura, los miembros deben dirigirse a Servicio a Miembros en el número gratuito que aparece en sus tarjetas de identificación (ID) en línea para saber la forma de utilizar el procedimiento de reclamos si resulta apropiado. La atención a los miembros y las decisiones relacionadas son de la exclusiva responsabilidad de los proveedores participantes. Aetna Dental no proporciona servicios de salud y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia.

Servicios de telesalud: Con el plan se reembolsará al proveedor tratante o de consulta por el diagnóstico, la consulta o el tratamiento de una persona inscrita a través del servicio de telesalud sobre la misma base y en la misma medida que con el plan se hubiese reembolsado el mismo servicio cubierto en persona.

Los planes dentales son proporcionados o administrados por Aetna Life Insurance Company, Aetna Dental Inc., Aetna Dental of California, Inc. y/o Aetna Health Inc.
En Arizona, los planes dentales DMO son proporcionados o administrados por Aetna Health, Inc.

Este material tiene solamente propósitos informativos y no constituye una oferta de cobertura ni consejería dental. Éste contiene sólo una descripción parcial y general de beneficios de planes o programas y no constituye un contrato. Aetna no proporciona servicios dentales y, consecuentemente, no puede garantizar ningún resultado ni prever ninguna consecuencia. La disponibilidad de un plan o programa puede variar según el área geográfica de servicio. Ciertos planes dentales sólo están disponibles para grupos de un tamaño determinado de acuerdo con guías preestablecidas. Algunos beneficios están sujetos a limitaciones y exclusiones. Consulte los documentos del plan (Programa de Beneficios, Certificado/Evidencia de Cobertura, Folleto, Folleto Certificado, Contrato de Grupo, Póliza de Grupo) para determinar las estipulaciones contractuales que rigen, incluyendo los procedimientos, exclusiones y limitaciones relacionados con su plan.

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

DMO[®] Dental Benefits Summary

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al 877-238-6200.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (CA HMO customers: PO Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711,

Fax: 859-425-3379 (CA HMO customers: 860-262-7705),

CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).

DMO[®] Dental Benefits Summary

TTY:711

English	To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
Albanian	Për shërbime përkthimi falas për ju, telefononi në numrin që gjendet në kartën tuaj të identitetit.
Amharic	የቋንቋ አገልግሎትን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመስዊድ መስመር ላይ የለውን ቁጥር ይደውሉ፡፡
Arabic	للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقة اشتراكك.
Armenian	Ձեր նախընտրած լեզվով ավելճար խոսքիդաստվություն ստանալու համար գանգահարէք ձեր բժշկական ապահովագրության քարտի վրա նշված հէքսխոսահամարով
Bantu-Kirundi	Kugira uronke serivisi z'indimi ata kiguzi, hamagara inomero iri ku karangamuntu kawe
Bengali	আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন।
Burmese	သင့်အနေဖြင့် အခကြေးငွေ မပေးရဲဘဲ ဘာသာစကားဝန်ဆောင်မှုများ ရရှိနိုင်ရန်၊ သင့် ID ကတ်ပေါ်တွင်ရှိသော ဖုန်းနံပါတ်အား ခေါ်ဆိုပါ။
Catalan	Per accedir a serveis lingüístics sense cap cost per a vostè, telefoni al número indicat a la seva targeta d'identificació.
Cebuano	Aron maakses ang mga serbisyo sa lengguwahe nga wala kay bayran, tawagi ang numero nga anaa sa imong kard sa ID.
Chamorro	Para un hago' i setbision lengguañhi ni dibåtde para hàgu, àgang i numiru gi iyo-mu kard aidentifikasion.
Cherokee	ᄆᄃᄂᄃ ᄇᄃᄂᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃ, ᄃᄃᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃ ᄃᄃᄃᄃ.
Chinese Traditional	如欲使用免費語言服務，請撥打您健康保險卡上所列的電話號碼
Choctaw	Anumpa tosholi i toksvli ya peh pillá ho ish i payahinla kv́t chi holisso kallo iskitini holhtena takanli ma i payah
Chuukese	Ren omw kopwe angei anininis eman chon awewei (ese kamé), kopwe kééri ewe nampa mei mak won noum ena katen ID
Cushitic-Oromo	Tajaajiiloota afaanii gatii bilisaa ati argaachuuf,lakkoofsa fuula waraaqaa eenyummaa (ID) kee irraa jiruun bilbili.
Dutch	Voor gratis taaldiensten, bel het nummer op uw ziekteverzekeringskaart.
French	Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, veuillez composer le numéro indiqué sur votre carte d'assurance santé.
French Creole (Haitian)	Pou ou jwenn sèvis gratis nan lang ou, rele nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon asirans sante ou.
German	Um auf den für Sie kostenlosen Sprachservice auf Deutsch zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an.
Greek	Για πρόσβαση στις υπηρεσίες γλώσσας χωρίς χρέωση, καλέστε τον αριθμό στην κάρτα ασφάλισής σας.
Gujarati	તમારે કોઇ પણ જાતના ખર્ચ વિના ભાષા સેવાઓ મેળવવા માટે, તમારા આઈડી કાર્ડ પર રહેલ નંબર પર કૉલ કરવો.

DMO[®] Dental Benefits Summary

Hawaiian	No ka wala'au 'ana me ka lawelawe 'ōlelo e kahea aku i ka helu kelepona ma kāu kāleka ID. Kāki 'ole 'ia kēia kōkua nei.
Hindi	बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिए नंबर पर कॉल करें।
Hmong	Yuav kom tau kev pab txhais lus tsis muaj nqi them rau koj, hu tus naj npawb ntawm koj daim npav ID.
Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obula, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢတၢ်ကမၤန့ၢ်တၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖးတၢ်မၤတၢ်တၢ် လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢနကတၢ်ဟ့ၣ်ဒီးအဂီၢ်, ကိးတၢ်လီၤတၢ်စီၣ်နီၣ်ဂီၢ်လၢအိၣ်လၢနဒိၣ်ဂီၢ် (ID) အလီၤန့ၣ်တက့ၢ်.
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بو دەستگیراگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەی تێچوون یۆ تۆ، پەیوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتێ خۆت.
Lao	ເພື່ອຂ້າງປະຕິບັດການພາສາທີ່ບໍ່ເຂັ້ມ, ໃຫ້ໃບທາງປະຕິບັດໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डवरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Nan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjelōk wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōmba eo ilo kaat in ID eo am.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'éhjí bee níká a'doowol doo b'ááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílíggo nanitinígíí bee néého'dólinígíí béesh bee hane'í biká'ígíí áajj' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të koor yin ran de wëër de thokic ke cîn wëu kor keek tēnɔŋ yîn. Ke yin col ran ye koc kuony nē namba de abac tö nē ID kard duön de tiit de nyin de panakim köu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.

DMO[®] Dental Benefits Summary

[illegible]