

Resumen de planes a la medida

Beneficios Cubiertos, Copagos y Limitaciones Especiales.

Para validar limitaciones generales de procedimientos y requisitos para envío de reclamaciones, consulte el detalle en sus Honorarios Máximos.

Código	Procedimiento	MetDental	MetDental con Periodicidad ⁶	MetDental Plus	MetDental Plus con Periodicidad ⁶	Plan Dental AM (Aeroméxico)	Urgencias AXA	Protección Dental AXA	Protección Dental Integral AXA	Cuidado Dental Escolar Total	Cuidado Dental Escolar Compartido	Plan Flexible	Cuidado Básico	Plan Primario
D0120	Evaluación oral periódica -- en paciente establecido	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	0%	0%	0%	20%	0%	No cubierto	No cubierto
D0140	Evaluación oral limitada -- problema localizado	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D0180	Evaluación periodontal completa -- en paciente nuevo o establecido	20%	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D0210	Radiografía intraoral -- serie radiográfica completa, incluyendo aleta de mordida	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto
D0220	Radiografía intraoral -- periapical -- primera placa	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	0%	0%	0%	20%	0%	No cubierto	No cubierto
D0230	Radiografía intraoral -- periapical -- cada placa adicional	20%	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	0%	0%	0%	20%	0%	No cubierto	No cubierto
D0240	Radiografía intraoral -- placa oclusal	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D0270	Radiografía aleta de mordida -- 1 (una) placa	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	20%	0%	No cubierto	No cubierto
D0272	Radiografía aleta de mordida -- 2 (dos) placas	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	20%	0%	No cubierto	No cubierto
D0274	Radiografía aleta de mordida -- 4 (cuatro) placas	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	20%	0%	No cubierto	No cubierto
D0330	Placa panorámica	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	0%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D1110	Profilaxis en adulto	20% ¹	20% ¹	20% ¹	20% ¹	20%	No cubierto	0% ¹	0% ¹	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	30% ¹
D1120	Profilaxis en niños hasta 13 (trece) años de edad	20% ¹	20% ¹	20% ¹	20% ¹	20%	No cubierto	0% ¹	0% ¹	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	30% ¹
D1203	Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños hasta 13 (trece) años de edad	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D1351	Sellador -- por diente	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2140	Amalgama -- 1 (una) superficie en dientes primarios o permanentes	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	0%	20% ²	No cubierto
D2150	Amalgama -- 2 (dos) superficies en dientes primarios o permanentes	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	0%	20% ²	No cubierto
D2160	Amalgama -- 3 (tres) superficies en dientes primarios o permanentes	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	0%	20% ²	No cubierto
D2161	Amalgama -- 4 (cuatro) o más superficies en dientes primarios o permanentes	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	0%	20% ²	No cubierto
D2330	Composite con base de resina -- 1 (una) superficie -- anterior	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2331	Composite con base de resina -- 2 (dos) superficies -- anterior	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2332	Composite con base de resina -- 3 (tres) superficies -- anterior	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2335	Composite con base de resina -- 4 (cuatro) o más superficies involucrando el ángulo incisal -- en diente anterior	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2391	Composite con base de resina -- 1 (una) superficie -- en diente posterior	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2392	Composite con base de resina -- 2 (dos) superficies -- en diente posterior	20%	20%	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2544	Onlay albacast	No cubierto	No cubierto	50% ³	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2751	Corona -- fusión de porcelana, base metal	No cubierto	No cubierto	50% ³	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2781	Corona -- 3/4 vaciado predominantemente en base de metal	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2791	Corona -- vaciado completo predominantemente en base de metal	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2910	Recementado de inlay u onlay	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%
D2920	Recementación de coronas y/o puentes	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable -- dientes primarios	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Código	Procedimiento	MetDental	MetDental con Periodontia 6	MetDental Plus	MetDental Plus con Periodontia 6	Plan Dental AM (Aeroméxico)	Urgencias AXA	Protección Dental AXA	Protección Dental Integral AXA	Cuidado Dental Escolar Total	Cuidado Dental Escolar Compartido	Plan Flexible	Cuidado Básico	Plan Primario
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable -- dientes permanentes	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2940	Curación sedante	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%
D2952	Poste y base en adición a la corona, fabricado en laboratorio	No cubierto	No cubierto	50% ³	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D2954	Poste prefabricado y base en adición a corona	No cubierto	No cubierto	50% ³	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	50% ³	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3110	Recubrimiento pulpar -- directo (excluye restauración final)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%
D3120	Recubrimiento pulpar -- indirecto (excluye restauración final)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final) -- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	0%	30%	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	30%
D3310	Tratamiento de endodoncia en diente anterior (excluyendo restauración final)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3320	Tratamiento de endodoncia en premolar (excluyendo restauración final)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3330	Tratamiento de endodoncia en molar (excluyendo restauración final)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3346	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en diente anterior	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3347	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en premolar	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3348	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en molar	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3351	Apexificación/recalcificación -- visita inicial (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3352	Apexificación/recalcificación -- reemplazo de medicamento provisional (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3353	Apexificación/recalcificación -- visita final (incluye terapia de canal radicular completa -- reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3410	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- diente anterior	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3421	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- en premolar (primera raíz)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3425	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- en molar (primera raíz)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3426	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- cada raíz adicional	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3430	Obturación retrógrada -- por raíz	No cubierto	No cubierto	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3450	Amputación radicular -- por raíz	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D3920	Hemisección (incluyendo cualquier remoción de raíz), no incluye endodoncia	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia -- 4 (cuatro) o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia -- de 1 (uno) a 3 (tres) dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular -- 4 (cuatro) o más dientes contiguos o espacios entre dientes vinculados por cuadrante	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo aplanamiento de raíz -- de 1 (uno) a 3 (tres) dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4249	Alargamiento de corona clínica -- en tejido duro	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4260	Cirugía ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) -- 4 (cuatro) o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4261	Cirugía ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) -- de 1 (uno) a 3 (tres) dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4263	Injerto de reemplazo de hueso -- primer sitio en el cuadrante (no incluye material)	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4264	Injerto para reemplazo de hueso -- cada sitio adicional en cuadrante (no incluye material)	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Código	Procedimiento	MetDental	MetDental con Periodontia ⁶	MetDental Plus	MetDental Plus con Periodontia ⁶	Plan Dental AM (Aeroméxico)	Urgencias AXA	Protección Dental AXA	Protección Dental Integral AXA	Cuidado Dental Escolar Total	Cuidado Dental Escolar Compartido	Plan Flexible	Cuidado Básico	Plan Primario
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando (no incluye material)	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no es realizada en conjunto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4275	Aloinjerto de tejido blando (no incluye material)	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4276	Tejido conectivo combinado e injerto de pedículo doble por diente	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4341	Raspado y alisado periodontal de raíz -- 4 (cuatro) o más dientes por cuadrante	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4342	Raspado y alisado periodontal de raíz -- de 1 (uno) a 3 (tres) dientes -- por cuadrante	20% ⁴	20%	20% ⁴	20%	No cubierto	No cubierto	30%	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4355	Desbridación completa de boca para permitir la evaluación y el diagnóstico periodontal completo	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D4910	Procedimientos para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa)	No cubierto	20%	No cubierto	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5110	Dentadura completa -- maxilar	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5120	Dentadura completa -- mandibular	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5211	Dentadura parcial maxilar -- base de resina (incluyendo cualquier broche, descansos y dientes convencionales)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5212	Dentadura parcial mandibular -- base de resina (incluyendo cualquier broche, descansos y dientes convencionales)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5630	Reparación o reemplazo de broches rotos	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5640	Reemplazo de dientes rotos -- por diente	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5650	Añadir un diente a dentadura parcial ya existente	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5660	Añadir broche a dentaduras parciales ya existentes	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5710	Rebase en dentadura maxilar completa	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D5711	Rebase en dentadura mandibular completa	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D6241	Pónico -- fusión de porcelana con base predominantemente de metal	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D6751	Corona -- fusión de porcelana con base predominantemente de metal	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7111	Extracción, restos coronales -- dientes deciduos	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	0%	No cubierto	30%	0%	20%	0%	20% ⁵	30%
D7140	Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)	20%	20%	20%	20%	20%	0%	30%	30%	No cubierto	No cubierto	0%	20% ⁵	30%
D7210	Remoción quirúrgica de diente expuesto que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente	No cubierto	No cubierto	20%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7220	Remoción de diente impactado -- tejido blando	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7230	Remoción de diente impactado -- parcialmente cubierto por hueso	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7240	Remoción de diente impactado -- completamente cubierto por hueso	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7250	Remoción quirúrgica de restos radiculares	No cubierto	No cubierto	20%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7260	Cierre de fístula oroantral	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7261	Cierre primario de un seno perforado	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente o desplazamiento	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	0%	No cubierto	30%	0%	20%	No cubierto	No cubierto	30%
D7285	Biopsia en tejido oral -- duro (sin costo de laboratorio)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7286	Biopsia en tejido oral -- blando (sin costo de laboratorio)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto

Código	Procedimiento	MetDental	MetDental con Periodoncia 6	MetDental Plus	MetDental Plus con Periodoncia 6	Plan Dental AM (Aeroméxico)	Urgencias AXA	Protección Dental AXA	Protección Dental Integral AXA	Cuidado Dental Escolar Total	Cuidado Dental Escolar Compartido	Plan Flexible	Cuidado Básico	Plan Primario
D7310	Alveoplastia en conjunto con extracción -- 4 (cuatro) o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7311	Alveoplastia en conjunto con extracciones -- de 1 (uno) a 3 (tres) dientes o espacios dentales por cuadrante	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7320	Alveoplastia no en conjunto con extracciones -- 4 (cuatro) o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7321	Alveoplastia no en conjunto con extracciones -- de 1 (uno) a 3 (tres) dientes o espacios dentales por cuadrante	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7340	Vestibuloplastia -- extensión de cresta (epitelización secundaria)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7350	Vestibuloplastia -- extensión de cresta (incluye injertos de tejido blando, adhesión de músculo, revisión de unión de tejido blando y manejo de tejido hipertrofico e hiperplásico)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7471	Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7472	Remoción de torus palatino	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7473	Remoción de torus mandibular	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7510	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	0%	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%
D7511	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	No cubierto	No cubierto	20%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7520	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7521	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7530	Remoción de cuerpos extraños en la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7540	Remoción de cuerpos extraños produciendo reacciones, sistema musculoesquelético	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7550	Ostectomía parcial/secuestrectomía para la remoción de hueso no vital	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7560	Sinusotomía maxilar para remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7960	Frenectomía (frenectomía o frenotomía) -- procedimiento por separado	No cubierto	No cubierto	20%	20%	20%	No cubierto	No cubierto	30%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7963	Frenuloplastia	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7970	Escisión de tejido hiperplásico -- por arco	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7971	Escisión de encla pericoronar	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	20%	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto
D9440	Consulta por urgencia dental (visita al consultorio después del horario regular de trabajo)	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	0%	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	30%
Deducible		No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	\$300	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

1. Se cubre una en un período de doce meses.
2. Se cubre un máximo de cuatro amalgamas durante la vigencia de la Póliza.
3. Aplica solamente sobre los Tratamientos de endodoncia realizados durante la vigencia de la Póliza.
4. Una en dos años en el mismo cuadrante. Aplica únicamente a Pacientes mayores de 35 años.
5. Se cubre un máximo de dos extracciones durante la vigencia de la Póliza.
6. Los planes MetDental con Periodoncia y MetDental Plus con Periodoncia aplican para Pólizas con inicio de vigencia a partir del 1º de diciembre de 2011. Al momento de solicitar Elegibilidad, ya sea por teléfono o por Internet, el sistema indicará si el Asegurado tiene el plan con Periodoncia. En caso contrario, aplican las coberturas de los planes MetDental y MetDental Plus.

Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones, Centro de Contacto:
D.F. **5002 3102** Larga distancia sin costo **01800 347 1111** Correo electrónico: segurodental@dentegramx.com Página web: www.dentegra.com.mx
Visítenos en nuestras oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 863 Piso 5, Col. Nápoles, C.P.03810. México, D.F.