

## Servicios Básicos

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
D0120	Evaluación oral periódica -- en paciente establecido	0%	Una en doce meses
D0150	Evaluación oral periódica -- en paciente nuevo o establecido	0%	
D0180	Evaluación periodontal completa -- en paciente nuevo o establecido	20%	Una en doce meses
D0210	Radiografía intraoral -- serie radiográfica completa, incluyendo aleta de mordida	20%	Una en cinco años
D0220	Radiografía intraoral -- periapical -- primera placa	20%	Cuatro en doce meses. Para el caso de las radiografías Periapicales, Aleta de Mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica
D0230	Radiografía intraoral -- periapical -- cada placa adicional	20%	
D0270	Radiografía aleta de mordida -- una placa	20%	
D0272	Radiografía aleta de mordida -- dos placas	20%	
D0274	Radiografía aleta de mordida -- cuatro placas	20%	Una en doce meses. Para el caso de las radiografías Periapicales, Aleta de Mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica
D0330	Placa panorámica	20%	Una en cinco años. Si se toma una Placa Panorámica conjuntamente con una Serie Radiográfica completa se considera la Placa Panorámica incluida en la Serie Radiográfica completa
D1110	Profilaxis en adulto	0%	Una en seis meses
D1120	Profilaxis en niño hasta 13 años de edad	0%	
D2140	Amalgama -- una superficie en dientes primarios o permanentes	20%	Por cada diente o superficie una en tres años. No se cubre reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas o por desajuste de la restauración. Las restauraciones otorgadas debido a desgaste, abrasión, erosión, abfracción o para propósitos cosméticos no están cubiertas
D2150	Amalgama -- dos superficies en dientes primarios o permanentes	20%	
D2160	Amalgama -- tres superficies en dientes primarios o permanentes	20%	
D2161	Amalgama -- cuatro o más superficies en dientes primarios o permanentes	20%	
D2330	Composite con base de resina -- una superficie -- anterior	20%	Por cada diente o superficie una en tres años. No se cubre reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas o por desajuste de la restauración. Las restauraciones otorgadas debido a desgaste, abrasión, erosión, abfracción o para propósitos cosméticos no están cubiertas
D2331	Composite con base de resina -- dos superficies -- anterior	20%	
D2332	Composite con base de resina -- tres superficies -- anterior	20%	
D2335	Composite con base de resina -- cuatro o más superficies involucrando el ángulo incisal -- en diente anterior	20%	
D2391	Composite con base de resina -- una superficie -- en diente posterior	20%	Por cada diente o superficie una en tres años, siempre y cuando no existan restauraciones previas
D2392	Composite con base de resina -- dos superficies -- en diente posterior	20%	

## Procedimientos Quirúrgicos Menores

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
D7111	Extracción, restos coronales -- dientes deciduos	20%	Una por cada diente. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica
D7140	Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)	20%	
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente o desplazamiento	20%	Una por cada diente
D7285	Biopsia en tejido oral -- duro (sin costo de laboratorio)	20%	Una en doce meses
D7286	Biopsia en tejido oral -- blando (sin costo de laboratorio)	20%	
D7510	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral	20%	No aplica limitación
D4341	Raspado y alisado periodontal de raíz -- cuatro o más dientes por cuadrante	20%	Una en dos años en el mismo cuadrante. Aplica únicamente en pacientes mayores de 35 años
D4342	Raspado y alisado periodontal de raíz -- de uno a tres dientes por cuadrante	20%	

## Endodoncias

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final) -- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento	20%	Una por cada diente. Sólo se cubre en dientes primarios
D3310	Tratamiento de endodoncia en diente anterior (excluyendo restauración final)	20%	Una por cada diente
D3320	Tratamiento de endodoncia en premolar (excluyendo restauración final)	20%	
D3330	Tratamiento de endodoncia en molar (excluyendo restauración final)	20%	
D3346	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en diente anterior	20%	
D3347	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en premolar	20%	Una por cada diente
D3348	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en molar	20%	Una por cada diente
D3351	Apexificación/recalcificación -- visita inicial (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)	20%	
D3352	Apexificación/recalcificación -- reemplazo de medicamento provisional (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)	20%	
D3353	Apexificación/recalcificación -- visita final (incluye terapia de canal radicular completa -- reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)	20%	Una por cada diente
D3410	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- diente anterior	20%	
D3421	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- en premolar (primera raíz)	20%	
D3425	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- en molar (primera raíz)	20%	
D3426	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- cada raíz adicional	20%	Una por cada diente
D3430	Obturación retrógrada -- por raíz	20%	Una por cada diente
D3450	Amputación radicular -- por raíz	20%	Una por cada diente
D3920	Hemisección (incluyendo cualquier remoción de raíz), no incluye endodoncia	20%	No aplica limitación

## Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
<b>D7210</b>	Remoción quirúrgica de diente expuesto, que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente	<b>20%</b>	Una por cada diente. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica
<b>D7220</b>	Remoción de diente impactado -- tejido blando	<b>20%</b>	
<b>D7230</b>	Remoción de diente impactado -- parcialmente cubierto por hueso	<b>20%</b>	
<b>D7240</b>	Remoción de diente impactado -- completamente cubierto por hueso	<b>20%</b>	
<b>D7250</b>	Remoción quirúrgica de restos radiculares	<b>20%</b>	
<b>D7260</b>	Cierre de fístula oroantral	<b>20%</b>	Una por cada diente
<b>D7261</b>	Cierre primario de un seno perforado	<b>20%</b>	
<b>D7310</b>	Alveoplastia en conjunto con extracción -- cuatro o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante	<b>20%</b>	Una por cada diente
<b>D7311</b>	Alveoplastia en conjunto con extracciones -- uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante	<b>20%</b>	
<b>D7320</b>	Alveoplastia no en conjunto con extracciones -- cuatro o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante	<b>20%</b>	
<b>D7321</b>	Alveoplastia no en conjunto con extracciones -- uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante	<b>20%</b>	
<b>D7340</b>	Vestibuloplastia -- extensión de cresta (epitelización secundaria)	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7350</b>	Vestibuloplastia -- extensión de cresta (incluye injertos de tejido blando, adhesión de músculo, revisión de unión de tejido blando y manejo de tejido hipertrófico e hiperplásico)	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7471</b>	Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7472</b>	Remoción de torus palatino	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7473</b>	Remoción de torus mandibular	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7485</b>	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7511</b>	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	<b>20%</b>	No se cubre tratamiento por Angina de Ludwig. Medicamentos, anestesia general y gastos hospitalarios no están cubiertos
<b>D7520</b>	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral	<b>20%</b>	
<b>D7521</b>	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	<b>20%</b>	
<b>D7530</b>	Remoción de cuerpos extraños en la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7540</b>	Remoción de cuerpos extraños produciendo reacciones, sistema musculoesquelético	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7550</b>	Ostectomía parcial/secuestrectomía para la remoción de hueso no vital	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7560</b>	Sinusotomía maxilar para remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7960</b>	Frenilectomía (frenectomía o frenotomía) -- procedimiento por separado	<b>20%</b>	Una de por vida
<b>D7963</b>	Frenuloplastia	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7970</b>	Escisión de tejido hiperplásico -- por arco	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7971</b>	Escisión de encía pericoronar	<b>20%</b>	No aplica limitación
<b>D7972</b>	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	<b>20%</b>	No aplica limitación

Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones. Centro de Contacto:  
D.F. 4631 2224 Larga distancia sin costo 01800 347 1111 Correo electrónico: [segurodental@dentegramx.com](mailto:segurodental@dentegramx.com) Página web: [dentegra.com.mx](http://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.