

Plan Expansión

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.	0%	
D0210	Radiografía intraoral -- serie radiográfica completa, incluyendo aleta de mordida.	0%	Una en cinco años.
D0220	Radiografía intraoral -- periapical -- primera placa.	0%	Cuatro en doce meses. Para el caso de las radiografías periapicales, aleta de mordida, 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.	0%	
D0270	Radiografía aleta de mordida -- una placa.	0%	
D0272	Radiografía aleta de mordida -- dos placas.	0%	
D0274	Radiografía aleta de mordida -- cuatro placas.	0%	
D0330	Placa panorámica.	0%	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. No se cubre por indicación ortodóntica.
D1110	Profilaxis en adulto.	0%	Una en seis meses.
D1120	Profilaxis en niños hasta 13 años de edad.	0%	
D2140	Amalgama -- una superficie en dientes primarios o permanentes.	0%	Por cada diente o superficie una amalgama cada 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.	0%	
D2160	Amalgama -- tres superficies en dientes primarios o permanentes.	0%	
D2161	Amalgama -- cuatro o más superficies en dientes primarios o permanentes.	0%	
D2330	Composite con base de resina -- una superficie -- anterior.	0%	
D2331	Composite con base de resina -- dos superficies -- anterior.	0%	Por cada diente o superficie una resina cada 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.
D2332	Composite con base de resina -- tres superficies -- anterior.	0%	
D2335	Composite con base de resina -- cuatro o más superficies involucrando el ángulo incisal -- en diente anterior.	0%	
D2391	Composite con base de resina -- una superficie -- en diente posterior.	0%	Por cada diente posterior o superficie una resina cada tres años, siempre y cuando no existan restauraciones previas.
D2392	Composite con base de resina -- dos superficies -- en diente posterior.	0%	

Procedimientos Quirúrgicos Menores

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
D7111	Extracción, restos coronales -- dientes deciduos.	0%	Una por cada diente. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.
D7140	Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).	0%	
D7270	Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente o desplazamiento.	0%	Una por cada diente.
D7285	Biopsia de tejido oral -- duro (sin costo de laboratorio).	0%	Una en doce meses.
D7286	Biopsia de tejido oral -- blando (sin costo de laboratorio).	0%	
D7510	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral.	0%	No aplica limitación.

Endodoncia

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final) -- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento.	0%	Una por cada diente. Sólo se cubre en dientes primarios.
D3310	Tratamiento de endodoncia en diente anterior (excluyendo restauración final).	0%	Una por cada diente.
D3320	Tratamiento de endodoncia en premolar (excluyendo restauración final).	0%	
D3330	Tratamiento de endodoncia en molar (excluyendo restauración final).	0%	
D3346	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en diente anterior.	0%	Una por cada diente.
D3347	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en premolar.	0%	
D3348	Retratamiento de terapia de conducto radicular previa -- en molar.	0%	
D3351	Apexificación/recalcificación -- visita inicial (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.).	0%	Una por cada diente.
D3352	Apexificación/recalcificación -- reemplazo de medicamento provisional (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.).	0%	
D3353	Apexificación/recalcificación -- visita final (incluye terapia de canal radicular completa -- reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.).	0%	
D3410	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- diente anterior.	0%	Una por cada diente.
D3421	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- en premolar (primera raíz).	0%	
D3425	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- en molar (primera raíz).	0%	
D3426	Cirugía de apicectomía/perirradicular -- (cada raíz adicional).	0%	
D3430	Obturación retrógrada -- por raíz.	0%	Una por cada diente.
D3450	Amputación radicular -- por raíz.	0%	Una por cada diente.
D3920	Hemisección (incluyendo cualquier remoción de raíz), no incluye endodoncia.	0%	No aplica limitación.

Periodoncia

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia -- cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante.	20%	Una por cada diente en cinco años.
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia -- uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante.	20%	
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular -- cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes vinculados por cuadrante.	20%	Una por cada diente en cinco años.
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo aplanamiento de raíz -- de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante.	20%	Una por cada diente en cinco años.
D4249	Alargamiento de corona clínica -- en tejido duro.	20%	Uno por cada diente en cinco años. Máximo dos sitios por cuadrante.
D4260	Cirugía ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) -- cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante.	20%	Una por cada diente en cinco años.
D4261	Cirugía ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) -- de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante.	20%	
D4263	Injerto de reemplazo de hueso -- primer sitio en el cuadrante (no incluye material).	20%	Uno por cada diente en cinco años. Máximo dos sitios por cuadrante.
D4264	Injerto para reemplazo de hueso -- cada sitio adicional en cuadrante (no incluye material).	20%	
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando (no incluye material).	20%	
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no es realizada en conjunto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica).	20%	Una por cada diente en cinco años.
D4275	Aloinjerto de tejido blando (no incluye material).	20%	Uno por cada diente en cinco años. Máximo dos dientes por cuadrante.
D4276	Tejido conectivo combinado e injerto de pedículo doble por diente.	20%	
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%	
D4355	Desbridación completa de boca para permitir la evaluación y el diagnóstico periodontal completo.	20%	Una de por vida.
D4910	Procedimientos para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa).	20%	Dos en doce meses, solamente aplica en el primer año después de realizada la cirugía.

Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos

Código	Procedimiento	Copago	Limitaciones
D7210	Remoción quirúrgica de diente expuesto que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente.	0%	Una por cada diente. No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.
D7220	Remoción de diente impactado -- tejido blando.	0%	
D7230	Remoción de diente impactado -- parcialmente cubierto por hueso.	0%	
D7240	Remoción de diente impactado -- completamente cubierto por hueso.	0%	
D7250	Remoción quirúrgica de restos radiculares.	0%	Uno por cada diente.
D7260	Cierre de fístula oroantral.	0%	
D7261	Cierre primario de un seno perforado.	0%	
D7310	Alveoplastia en conjunto con extracción -- cuatro o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante.	0%	Una por cada diente.
D7311	Alveoplastia en conjunto con extracciones -- uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante.	0%	
D7320	Alveoplastia no en conjunto con extracciones -- cuatro o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante.	0%	
D7321	Alveoplastia no en conjunto con extracciones -- uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante.	0%	
D7340	Vestibuloplastia -- extensión de cresta (epitelización secundaria).	0%	No aplica limitación.
D7350	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).	0%	No aplica limitación.
D7471	Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandibular).	0%	No aplica limitación.
D7472	Remoción de torus palatino.	0%	No aplica limitación.
D7473	Remoción de torus mandibular.	0%	No aplica limitación.
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea.	0%	No aplica limitación.
D7511	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales).	0%	No se cubre tratamiento por Angina de Ludwig. Medicamentos, anestesia general y gastos hospitalarios no están cubiertos.
D7520	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral.	0%	
D7521	Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales).	0%	
D7530	Remoción de cuerpos extraños en la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo.	0%	No aplica limitación.
D7540	Remoción de cuerpos extraños produciendo reacciones, sistema musculoesquelético.	0%	No aplica limitación.
D7550	Ostectomía parcial/secuestrectomía para la remoción de hueso no vital.	0%	No aplica limitación.
D7560	Sinusotomía maxilar para remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños.	0%	No aplica limitación.
D7960	Frenilectomía (frenectomía o frenotomía) -- procedimiento por separado.	0%	Una de por vida.
D7963	Frenuloplastia.	0%	No aplica limitación.
D7970	Escisión de tejido hiperplásico -- por arco.	0%	No aplica limitación.
D7971	Escisión de encía pericoronar.	0%	No aplica limitación.
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa.	0%	No aplica limitación.

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.