



**TIJUANA**

AV. PASEO TIJUANA #406  
 TERCER PISO – EDIFICIO SIMNSA  
 TIJUANA B.C.  
 Tel: (664) 231-4739  
 Lunes – Viernes: 8 A.M. – 8 P.M.  
 Sabado: 8 A.M. – 4 P.M.  
 Domingo: 10 A.M. – 2 P.M.

**MEXICALI**

CALLE E #123 COL  
 SEGUNDA SECCION C.P. 21100  
 MEXICALI B.C.  
 Tel: (686) 555-6322  
 Lunes – Viernes: 8 A.M. – 8 P.M.  
 Sabado: 8 A.M. - 4 P.M.  
 Domingo: 10 A.M. – 2 P.M.

**SERVICIOS CUBIERTOS**

**COPAGO**

**SERVICIOS DIAGNÓSTICOS Y PREVENTIVOS:**

01100	Examen bucal; diagnóstico; consulta	Sin Cargo
01120	Consulta y exámenes bucales periódicos	Sin Cargo
01130	Examen bucal de emergencia	Sin Cargo
01210	Serie completa de radiografías	Sin Cargo
	Control de infecciones – por consulta	Sin Cargo
00220	Lámina periapical única	Sin Cargo
00230	Cada lámina adicional	Sin Cargo
00460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dentaria	Sin Cargo
	Limpieza de los dientes (tratamiento profiláctico que incluye eliminación de sarro superficial y pulido; elegible cada seis meses):	Sin Cargo
01110	Adultos	Sin Cargo
01120	Niños	Sin Cargo
01203	Fluorización tópica (hasta los 18 años de edad)	Sin Cargo

**MANTENEDORES DE ESPACIO:**

01510	Unilateral fijo	\$20.00
01520	Unilateral removible	25.00
08210	Terapia con aparato removible (aparato para succión de dedo)	25.00

**RESTAURACIÓN DE AMALGAMAS, DIENTES DE LECHE:**

02110	Caries que afecten una superficie dental	\$5.00
02120	Caries que afecten dos superficies dentales	8.00
02130	Caries que afecten tres superficies dentales	10.00

**RESTAURACIÓN DE AMALGAMAS, DIENTES PERMANENTES:**

02140	Caries que afecten una superficie dental	\$5.00
02150	Caries que afecten dos superficies dentales	8.00
02160	Caries que afecten tres superficies dentales	10.00
02161	Caries que afecten cuatro o más superficies dentales	10.00

**RESINAS:**

2330	Restauración de acrílico o plástico (solamente dientes anteriores)	\$15.00
2391	Caries que afecten una superficie dental	24.00
2392	Caries que afecten dos superficies dentales	30.00
2393	Caries que afecten tres superficies dentales	34.00
2394	Caries que afecten cuatro o mas sup	37.00
1351	Cemento de silicato - cada restauración	15.00

**CORONAS, POR UNIDAD: MÁS COSTO ADICIONAL DEL METAL NOBLE (ORO):**

02740	Porcelana (excluyendo los molares)	\$50.00
02751	Porcelana con metal común (excluyendo los molares)	50.00
02753	Acrílico	45.00
02754	Acrílico con metal	45.00
02791	Colada completa de metal común	15.00
02810	¾ de corona	50.00
02910	Recementado de incrustación	5.00
02920	Recementado de corona	5.00
02930	Corona prefabricada de acero inoxidable – dientes de leche	15.00
02931	Corona prefabricada de acero inoxidable – dientes permanentes	15.00
02950	Retención dentinaria	45.00
02952	Espiga metálica colada	45.00

**ENDODONCIA:**

03110	Recubrimiento coronal directo (sin restauración final)	\$5.00
03120	Recubrimiento coronal indirecto (sin restauración final)	10.00
03220	Pulpotomía vital	10.00
03310	1 tratamiento de conducto	30.00
03320	2 tratamientos de conducto	40.00
03330	3 tratamientos de conducto	50.00
03410	Apicectomía anterior (por raíz; periapical)	50.00
03411	Apicectomía por diente, cada raíz adicional	50.00
03940	Recalcificación	5.00
03999	Conducto de cultivo	5.00

**PERIODONCIA:**

09110	Tratamiento paliativo (emergencia)	\$7.00
04210	Gingivectomía/gingivoplastia - por cuadrante	25.00
04211	Gingivectomía/gingivoplastia - por diente	8.00

04220	Curetaje gingival - por cuadrante (limpieza profunda, se requiere anestesia)	18.00
04250	Cirugía mucogingival - por cuadrante	36.00
04260	Cirugía ósea - por cuadrante	36.00

### PRÓTESIS:

05110	Superior Completa	\$63.00
05120	Inferior Completa	63.00
05211	Superior parcial con base de resina (incluye cualquier gancho, extensión metálica y diente de uso convencional)	63.00
05212	Inferior parcial con base (incluye cualquier gancho de uso convencional)	63.00
05213	Superior parcial de metal colado con soporte de resina (incluye cualquier gancho, extensión metálica y diente de uso convencional)	63.00
05214	Inferior de metal colado con soporte de resina (incluye cualquier gancho, extensión metálica y diente de uso convencional)	63.00
05410	Ajuste de dentadura postiza completa-superior	10.00
05411	Ajuste de dentadura postiza completa-inferior	10.00
05421	Ajuste de dentadura postiza parcial-superior	10.00
05422	Ajuste de dentadura postiza parcial-inferior	10.00
05510	Reparación de base de dentadura completa rota	15.00
05520	Reparación de diente faltante o roto	10.00
05610	Reparación de soporte o base de resina acrílica	20.00
05630	Reparación o sustitución de gancho roto	20.00
05640	Sustitución de dientes rotos-por diente	10.00
05650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existen (primer diente)	15.00
	Cada diente adicional	5.00
05660	Adición de gancho a dentadura postiza parcial	5.00
05730	Realineación de dentadura postiza superior completa (en el consultorio)	15.00
05731	Realineación de dentadura postiza inferior completa (en el consultorio)	15.00
05740	Realineación de dentadura postiza superior parcial (en el consultorio)	15.00
05741	Realineación de dentadura postiza inferior parcial (en el consultorio)	15.00
05750	Realineación de dentadura postiza superior completa (en el laboratorio)	18.00
05751	Realineación de dentadura postiza inferior completa (en el laboratorio)	18.00
05760	Realineación de dentadura postiza superior parcial (en el laboratorio)	18.00
05761	Realineación de dentadura postiza inferior parcial (en el laboratorio)	18.00

	Reconstrucción (salto por prótesis, incluyendo la impresión)	35.00
05820	Plancha de fijación- superior o inferior	10.00
06940	Atenuadores de tensión	15.00

**PUNTES-POR UNIDAD (MAS EL COSTO ADICIONAL DEL METAL NOBLE):**

06211	Pieza dental puente-Colada, metal predominantemente común	\$60.00
06241	Pieza dental puente-Porcelana fundida a metal predominantemente común	70.00
06251	Pieza dental puente-Resina con metal Predominantemente común	60.00
06930	Recementado de puente	10.00
05281	Puentes Removibles (unilaterales): Modelado de una pieza, por unidad	15.00
	Descubrimiento-de acero	50.00

**CIRUGIA ORAL:**

07110	Diente único	\$8.00
07120	Cada diente adicional	8.00
07210	Extirpación quirúrgica de diente salido que requiere Elevación de colgajo mucoperiostico y extirpación de hueso o sección de un diente	15.00
07220	Extirpación de diente impactado-tejido blando	30.00
07230	Extirpación de diente impactado-parcialmente óseo	35.00
07240	Extirpación de diente impactado-completamente óseo	50.00
07282	Biopsia de tejido oral-duro	Sin Cargo
07286	Biopsia de tejido oral-blando	Sin Cargo
07310	Aveoplastia junto con extracciones por cuadrante	15.00
07960	Frenulectomia (frenectomia o frenotomia)-procedimiento aparte	25.00
07510	Incisión y drenaje de absceso en tejido blando intraoral	Sin cargo

**SERVICIOS GENERALES AUXILIARES:**

09110	Tratamiento paliativo (emergencia)de dolor dental	\$5.00
09215	Anestesia local	Sin Cargo
09241	Base sedante	Sin Cargo
09310	Consulta (servicio de diagnostico proporcionado por Un dentista diferente de profesional encargado del tratamiento)	Sin Cargo
09430	Consulta postoperatoria	Sin Cargo
09440	Consulta-posterior a las citas programadas con regularidad	10.00
09999	Incumplimiento de cita (con menos de 24 horas de preaviso)	10.00

**ORTODONCIA:**

03000	Tratamiento de frenillos completos-adulto	\$50.00 copago/visita*
03001	Tratamiento de frenillos completos-ninos	\$50.00 copago/visita*

\* Plan de tratamiento de ortodoncia normalmente de dos años. Algunos pueden variar prolongandose o concluyendo antes de los 24 meses. El copago se pagara cada vez que el paciente requiera servicios por el tratamiento de ortodoncia lo cual comunmente es una vez al mes. Deposito inicial es para cubrir costos de materiales. Beneficio incluye frenos metalicos, excluye frenos considerados esteticos.

## Exclusiones y Limitaciones

- a. Servicios que, en la opinión del dentista encargado, no son necesarios para la salud dental del paciente. En todos los casos en que el paciente seleccione un plan de tratamiento que el dentista encargado considere innecesario, cualquier gasto adicional correrá por cuenta del paciente;
- b. Implantes;
- c. Estética: servicios cuyo único fin es mejorar la apariencia o corregir defectos congénitos;
- d. Terapia miofuncional: procedimientos para entrenamiento, tratamiento o desarrollo de músculos dentro o cerca de la mandíbula o la boca
- e. Tratamiento de malignidades o neoplasias (tumores);
- f. Expendio de medicamentos que normalmente no se proveen en un consultorio dental;
- g. Cualquier procedimiento o servicio dental que se preste mientras el paciente se encuentra hospitalizado;
- h. Prostodoncia – se sustituirá un aparato existente (dentaduras postizas, etc.) sólo si no es satisfactorio. Los aparatos prostodónticos se sustituirán sólo después de transcurridos cinco años desde la fecha de entrega. Los aparatos perdidos o robados serán responsabilidad del miembro;
- i. Los servicios cubiertos bajo el Seguro de Compensación al Trabajador o las Leyes de Responsabilidad del Empleado pueden estar sujetos a reembolso;
- j. Los servicios suministrados o pagados por cualquier entidad gubernamental o cubiertos bajo cualquier programa o ley gubernamental, salvo en lo que respecta a los cargos que son obligación legal de la persona. La excepción se extiende a cualquier beneficio suministrado bajo el Decreto del Seguro Social de EE. UU. Y sus Enmiendas;
- k. Cargos por servicios suministrados para disfunciones de la articulación temporomandibular;
- l. Cargos por servicios anteriores a la fecha en que la persona inició su cobertura y fue elegible para recibir beneficios bajo este plan, o por cargos "incurridos" después de la terminación de la cobertura;
- m. Servicios que no son de emergencia que hayan sido prestados por dentistas no participantes;
- n. Procedimientos, aparatos o restauración que sean necesarios para alterar una oclusión, o efectuar una rehabilitación bucal completa.