

Esta Lista de Honorarios por Servicios en Cuidados Dentales Modificada (También denominada Contrato del Dentista Participante Exposición A) con las Series de Plan 200 deberán entrar en vigor desde el 1 de junio de 2015. Esta lista modificada sustituye y reemplaza cualquiera y todas las Listas de Honorarios anteriores por aquellos Servicios de Atención Dental según el Contrato del dentista participante para el Plan 202.

Los proveedores dentales deberán proporcionar a los socios, los servicios de atención dental de acuerdo a los beneficios y precios del Plan 202 según los términos y condiciones señalados a continuación.

DIAGNOSTICO

	Control de Infección (por cada visita)	\$17
00120	Examen Oral de Rutina	\$40
00140	Examen Oral Reducido, Problema Enfocado (Examen Oral de Emergencia)	\$59
00150	Evaluación Oral Completa	\$64
00160	Evaluación Oral Completa	\$113
00210	Radiografía – Serie de Filmes Completos Incluyendo Interproximales	\$96
00220	Radiografía – Primer Filme Periapical Intraoral	\$25
00230	Radiografía – Cada Filme Adicional, Periapical Intraoral	\$21
00240	Radiografía – Filme Oclusal Intraoral	\$37
00250	Radiografía – Primer Filme, Extraoral	\$54
00260	Radiografía – Cada Filme Adicional, Extraoral	\$48
00270	Radiografía – Interproximal, Filme Sencillo	\$21
00272	Radiografía – Interproximal, Dos Filmes	\$34
00274	Radiografía – Interproximal, Cuatro Filmes	\$60
00330	Filme Panorámico	\$82
00470	Moldes Dentales para Diagnóstico	\$95

PREVENTIVO

01110	Profilaxis para adulto	\$65
01120	Profilaxis para niño	\$52
01208	Aplicación tópica de flúor (profilaxis no incluida) – para niño	\$32
01351	Aplicación de Sellador – por diente	\$40
01510	Mantenedor de Espacio – fijo – unilateral	\$235
01515	Mantenedor de Espacio – fijo – bilateral	\$318
01520	Mantenedor de Espacio unilateral removible	\$314

RESTAURATIVO

Amalgama

02140	Amalgama – una superficie, primaria o permanente	\$106
02150	Amalgama – dos superficies, primarias o permanentes	\$133
02160	Amalgama – tres superficies, primarias o permanentes	\$160

Resina

02330	Resina – una superficie, anterior	\$121
02331	Resina – dos superficies, anteriores	\$152
02332	Resina – tres superficies, anteriores	\$187
02390	Corona a base de resina, anterior	\$377
02391	Empaste a base de resina, una superficie posterior	\$152
02392	Empaste a base de resina, dos superficies, posteriores	\$209
02393	Empaste a base de resina, tres superficies, posteriores	\$258
02394	Empaste a base de resina, cuatro o más superficies, posteriores	\$300
	Restauración Estética Adhesiva	20% de Descuento

RESTAURATIVO CONT.

Coronas – Restauraciones Sencillas (realizadas por un Dentista General)

*02710	Corona – A base de resina compuesta (indirecta)	\$440
*02712	Corona – ¾ base de resina completa (indirecta)	\$441
*02740	Corona – sustrato de Porcelana/Cerámica	\$939
*02750	Corona de porcelana fundida sobre metal noble	\$832
*02751	Corona de porcelana fundida principalmente en base a metal	\$774
*02752	Corona de porcelana fundida sobre metal	\$801
*02790	Corona completa fundida sobre metal noble	\$850
02920	Re-cementación de Corona	\$101
02930	Corona de metal inoxidable prefabricado – diente principal	\$196
02931	Corona de metal inoxidable prefabricado – diente permanente	\$242
02940	Relleno sedativo	\$109
02950	Reconstrucción de muñones, incluyendo pines	\$235
02951	Retención de pin- por diente, además de la restauración	\$52
02952	Vaciado del poste y muñón adicionales a la corona	\$307
02953	Cada poste adicional fabricado indirectamente para el mismo diente	\$250
02954	Poste y muñón prefabricados además de la corona	\$226

ENDODONCIA (realizada por un Dentista General)

03110	Casquillo pulpar directo (excluyendo la restauración final)	\$62
03120	Casquillo pulpar indirecto (excluyendo la restauración final)	\$60
03220	Pulpotomía	\$150
03310	Anterior (excluyendo la restauración final)	\$551
03320	Bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$641
03330	Molar (excluyendo la restauración final)	\$762

PERIODONCIA (realizada por un Dentista General)

04210	Gingivoplastia o Gingivectomía – cuatro dientes contiguos o espacios juntos por cuadrante	\$462
04211	Gingivoplastia o Gingivectomía – de uno a tres dientes por cuadrante	\$248
04260	Cirugía Osea (Osteotomía) (incluyendo cirugía de apertura y cierre por cuadrante)	\$861
04320	Férula provisional intracoronal	\$473
04321	Férula provisional extracoronal	\$448
04341	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro dientes contiguos o espacios juntos por cuadrante	\$192
04355	Desbridamiento completo de boca para permitir una evaluación y diagnostico comprensivo.	\$134
04381	Suministro local de agentes anti microbianos \$64 por diente	\$63
04910	Mantenimiento periodontal	\$108

*No incluyen honorarios de laboratorio.

PROSTODONCIA – Dentaduras (realizada por un Dentista General)

Dentaduras Completas (Extracciones no incluidas)

*05110	Dentadura completa – maxilar	\$1,291
*05120	Dentadura completa – mandibular	\$1,284
*05130	Dentadura maxilar superior inmediata (revestimiento no incluido)	\$1,367
*05140	Mandibular inmediata	\$1,375

Dentaduras Parciales

*05211	Dentadura maxilar parcial – a base de resina, incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales	\$1,083
*05212	Dentadura mandibular parcial – a base de resina, incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales	\$1,073
*05213	Dentadura maxilar parcial – armazón de metal fundido con dentadura a base de resina (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales)	\$1,309
*05214	Dentadura mandibular parcial – armazón de metal fundido con dentadura a base de resina (incluye retenedores, apoyos y dientes convencionales)	\$1,317
05410	Ajuste de dentadura completa – maxilar	\$65
05411	Ajuste de dentadura completa – mandibular	\$65
05421	Ajuste de dentadura parcial – maxilar	\$61
05422	Ajuste de dentadura parcial – mandibular	\$65
05660	Agregar apoyo a la dentadura parcial existente	\$201

PROSTODONCIA FIJA (realizada por un Dentista General)

06930	Recementación de una dentadura parcial fija	\$144
-------	---	-------

CIRUGIA ORAL (realizada por un Dentista General)

Extracciones Quirúrgicas

07140	Extracción de diente saliente o raíz expuesta (remoción de la pieza con elevación o fórceps)	\$129
07210	Extracción quirúrgica del diente saliente o raíz expuesta – remoción o corte del hueso	\$236
07220	Extracción de Diente Impactado – Tejido Suave	\$233
07230	Extracción de Diente Impactado – Hueso Parcial	\$296
07240	Extracción de Diente Impactado – Hueso Completo	\$365
07241	Extracción de Diente Impactado – Hueso Completo sin Complicaciones Quirúrgicas	\$501
07250	Extracción Quirúrgica de raíces de diente residuales (Procedimiento de Corte)	\$221

Otros Procedimientos Quirúrgicos

07280	Acceso Quirúrgico de un diente no brotado	\$364
07310	Alveoloplastia en conjunto con Extracciones, por cuadrante	\$227
07320	Alveoloplastia sin conjunto de extracciones, por cuadrante	\$440
07510	Incisión y Drenaje de Absceso	\$192

SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

09110	Tratamiento de emergencia paliativo para un procedimiento dental sin dolor	\$59
09215	Anestesia Local	\$49
09220	Sedación profunda/anestesia general – primeros 20 minutos	\$288
09221	Sedación profunda/anestesia general cada 15 minutos adicionales	\$126
09230	Anestesia con óxido nitroso	\$54

EXCLUSIONES

Los siguientes servicios o tratamientos están excluidos de Aon Dental Solutions: aquellos servicios donde el socio tenga cobertura a través de un seguro médico o de salud; servicios de atención dental en progreso o proporcionados antes de la fecha de registro del socio con Aon Dental Solutions; procedimientos experimentales; sedación IV. El proveedor dental no está obligado a cobrar a los Socios cualquier honorario específico para dicho servicio excluido.

PAGO POR SERVICIOS

Los pagos por los servicios recibidos deberán ser realizados en el momento en que el tratamiento se lleve a cabo. Comente todos los honorarios con su Dentista Participante antes de comenzar el tratamiento. Por favor pague directamente al Dentista Participante. Los honorarios por los servicios dentales están sujetos a cambios sin previo aviso.

Los descuentos han sido deducidos en base a los honorarios normales del proveedor dental. Aon Dental Solutions no es un seguro dental. Es un programa de descuento dental.

***Los honorarios no incluyen servicios de laboratorio.**

Terminología Dental Vigente NDAS 2015. Todos los derechos reservados.

**Aon
Dental
Solutions**

1707 Market Place Blvd.
 Ste. 300
 Irving, TX 75063
 (P) 888-544-8708
 (F) 888-626-0833

Para los servicios de atención dental no cotizados en esta lista, los proveedores dentales participantes deberán cobrar a los socios no más del ochenta por ciento (80%) sobre el cargo normal.