

Cubierta Metálica Dental D6

Los suscriptores acogidos a la Cubierta Metálica Dental D6 tendrán derecho a recibir los servicios descritos a continuación:

I. Fase Diagnóstica y Preventiva (0% Coaseguro)

A. Fase Diagnóstica

CÓDIGOS	EXÁMENES ORALES CLÍNICOS	TARIFA	PLAN	CO-PAGO
D0150	Examen inicial comprensivo (uno por beneficiario cada tres (3) años)	\$15.00	\$15.00	\$0
D0120	Examen periódico(uno cada seis (6) meses)	\$10.00	\$10.00	\$0
D0140	Examen oral limitado de emergencia (by report) 1 por año	\$12.00	\$12.00	\$0

RADIOGRAFÍAS

CÓDIGOS	EXAMENES ORALES CLÍNICOS	TARIFA	PLAN	CO-PAGO
D0220	Radiografía periapical intraoral (1)	\$6.00	\$6.00	\$0
D0230	Radiografía periapical adicional, hasta cinco (5) por año	\$4.00	\$4.00	\$0
D0270	Radiografía de mordida hasta una (1) por año	\$7.00	\$7.00	\$0
D0272	Radiografías de mordida dos (2) por año (derecha e izquierda)	\$15.00	\$15.00	\$0

B. Fase Preventiva

CÓDIGOS	SERVICIOS	TARIFA	PLAN	CO-PAGO
D1110	Profilaxis adulto (cada seis (6) meses)	\$25.00	\$25.00	\$0
D1120	Profilaxis niño hasta los 12 años (cada seis (6) meses)	\$16.00	\$16.00	\$0
D1203	Aplicación de fluoruro para beneficiarios menores de 19 años inclusive (cada seis (6) meses)	\$14.00	\$14.00	\$0
D1351	Sellantes a niños limitados hasta los 14 años, un tratamiento por diente de por vida en premolares y molares permanentes no previamente restaurados	\$14.00	\$14.00	\$0