

## 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.   |
| D4341  | Raspado y alisado periodontal de raíz -- cuatro o más dientes por cuadrante.                  | 0%     | 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.                 | 0%     |   |

## Endodonia

| 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 endodonia en diente anterior (excluyendo restauración final).   | 0%     | Una por cada diente.                                     |
| D3320  | Tratamiento de endodonia en premolar (excluyendo restauración final).  | 0%     |  |
| D3330  | Tratamiento de endodonia 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 endodonia.   | 0%     | No aplica limitación.                                    |

## 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%     |  |
| D7260  | Cierre de fístula oroantral.   | 0%     | Uno por cada diente.   |
| D7261  | Cierre primario de un seno perforado.  | 0%     |  |
| D7310  | Alveoloplastia en conjunto con extracción -- cuatro o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante.  | 0%     | Una por cada diente.   |
| D7311  | Alveoloplastia en conjunto con extracciones -- uno a tres dientes o espacios dentales por cuadrante.   | 0%     |  |
| D7320  | Alveoloplastia no en conjunto con extracciones -- cuatro o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante.   | 0%     |  |
| D7321  | Alveoloplastia 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: [segurodentel@dentegramx.com](mailto:segurodentel@dentegramx.com) Página web: [www.dentegra.com.mx](http://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.