

Summary Schedule of Copayments

DentalSelect

For Contracted General Dentists
Effective January 1, 2021

This summary includes a list of the most common procedures.

GOLD NETWORK – TEXAS

ADA CODE	PROCEDURE DESCRIPTION	REGION 1-1		REGION 1-2		REGION 1-3	
		SAN ANTONIO		WACO		DFW/HOUSTON/EL PASO/AUSTIN	
		MEMBER CO-PAY	*NON-CONTRACTED D\$ PAYMENT	MEMBER CO-PAY	*NON-CONTRACTED D\$ PAYMENT	MEMBER CO-PAY	*NON-CONTRACTED D\$ PAYMENT
PREVENTIVE							
D0120	PERIODIC ORAL EXAMINATION	0	21	0	22	0	23
D0150	COMPREHENSIVE ORAL EXAMINATION	0	28	0	29	0	30
D0210	X-RAYS, COMPLETE SET	0	55	0	57	0	59
D0220	X-RAYS, PERIAPICAL, 1ST FILM	0	11	0	12	0	13
D0272	X-RAYS, BITEWING, 2 FILMS	0	18	0	19	0	20
D0274	X-RAYS, BITEWING, 4 FILMS	0	24	0	25	0	26
D0330	X-RAYS, PANORAMIC FILM	0	47	0	48	0	52
D1110	CLEANING – ADULT	0	45	0	46	0	47
BASIC							
D0140	LIMITED ORAL EXAMINATION	0	26	0	28	0	29
D1351	SEALANT – PER TOOTH (AGE 14 AND UNDER)	12	13	12	14	13	15
AMALGAM (SILVER) FILLINGS							
D2140	AMALGAM – 1 SURFACE	0	47	0	48	0	56
D2150	AMALGAM – 2 SURFACE	0	61	0	63	0	70
D2160	AMALGAM – 3 SURFACE	0	74	0	76	0	84
D2161	AMALGAM – 4+ SURFACES	0	89	0	92	0	100
ANTERIOR COMPOSITE (WHITE) FILLINGS							
D2330	COMPOSITE – 1 SURFACE ANTERIOR	22	40	23	41	24	42
D2331	COMPOSITE – 2 SURFACE ANTERIOR	39	43	39	45	40	46
D2332	COMPOSITE – 3 SURFACE ANTERIOR	41	49	42	51	48	58
D2335	COMPOSITE – 4+ SURFACES ANTERIOR	47	60	51	65	53	68
POSTERIOR COMPOSITE (WHITE) FILLINGS							
D2391	COMPOSITE – 1 SURFACE POSTERIOR	38	41	41	44	43	47
D2392	COMPOSITE – 2 SURFACE POSTERIOR	49	57	51	60	52	61
D2393	COMPOSITE – 3 SURFACE POSTERIOR	57	64	60	68	63	71
D2394	COMPOSITE – 4+ SURFACES POSTERIOR	62	61	66	65	69	68
CROWNS							
D2750	CROWN – PORCELAIN, HIGH NOBLE METAL	315	177	316	177	317	179
D2751	CROWN – PORCELAIN, PREDOMINANTLY BASE METAL	308	173	308	174	310	174
D2752	CROWN – PORCELAIN, NOBLE METAL	303	186	304	186	305	187
ENDODONTICS (ROOT CANALS)							
D3310	PULP CAP – DIRECT, EXCLUDING FINAL RESTORATION	217	89	223	91	225	92
D3320	ROOT CANAL – BICUSPID, EXCLUDING FINAL RESTORATION	259	117	266	119	286	129
D3330	ROOT CANAL – MOLAR, EXCLUDING FINAL RESTORATION	333	129	336	130	343	134
PERIODONTICS							
D4341	PERIODONTAL ROOT PLANING, 4+ PER QUAD	93	21	96	21	97	21
D4910	PERIODONTAL MAINTENANCE PROCEDURE	60	18	61	18	62	19
PROSTHODONTICS (DENTURES)							
D5110	COMPLETE DENTURE – UPPER	433	115	450	120	485	129
D5120	COMPLETE DENTURE – LOWER	433	115	450	120	485	129
ORAL SURGERY							
D7210	SURGICAL EXTRACTION	80	36	82	37	88	39
D7220	SURGICAL EXTRACTION, IMPACTED	90	43	95	44	102	48
D7230	SURGICAL EXTRACTION, PARTIAL BONY	126	51	131	53	141	57
D7240	SURGICAL EXTRACTION, COMPLETELY BONY	148	60	154	63	165	68
MISCELLANEOUS							
D9440	OFFICE VISIT FOR OBSERVATION – AFTER HOURS	51	0	53	0	55	0

* For services rendered by non-contracted providers, the patient is responsible for the difference between the plan payment and the provider's standard fee. No balance billing for services rendered by a contracted provider. This sample is not a complete list of procedures.

Horario Resumen de Costos

DentalSelect

Para los Dentistas Contratados
Efectivo Enero 1, 2021



Este resumen incluye una lista de los procedimientos más comunes.		REGIÓN 1-1		REGIÓN 1-2		REGIÓN 1-3	
		SAN ANTONIO		WACO		DFW / HOUSTON / EL PASO / AUSTIN	
CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	COPAGO DE MIEMBRO	PAGO D \$ NO CONTRATADO*	COPAGO DE MIEMBRO	PAGO D \$ NO CONTRATADO*	COPAGO DE MIEMBRO	PAGO D \$ NO CONTRATADO*
PREVENTIVOS							
D0120	EXAMEN ORAL PERIÓDICO	0	21	0	22	0	23
D0150	EXAMEN ORAL COMPLETO	0	28	0	29	0	30
D0210	INTRAORAL - SERIE COMPLETA, MORDIDA INCLUIDA	0	55	0	57	0	59
D0220	INTRAORAL - PERIAPICALES - PRIMERA PLACA	0	11	0	12	0	13
D0272	MORDIDA - DOS PLACAS	0	18	0	19	0	20
D0274	MORDIDA - CUATRO PLACAS	0	24	0	25	0	26
D0330	PLACA PANORÁMICA	0	47	0	48	0	52
D1110	PROFILAXIS - ADULTOS	0	45	0	46	0	47
BASICOS							
D0140	EXAMEN ORAL LIMITADO	0	26	0	28	0	29
D1351	SELLADOR - POR DIENTE (14 AÑOS Y MENORES)	12	13	12	14	13	15
EMPASTES AMALGAMA (PLATA)							
D2140	AMALGAMA - 1 SUPERFICIE PRIMARIA O PERMANENTE	0	47	0	48	0	56
D2150	AMALGAMA - 2 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	61	0	63	0	70
D2160	AMALGAMA - 3 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	74	0	76	0	84
D2161	AMALGAMA - MÁS DE 4 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	89	0	92	0	100
ANTERIOR EMPASTES COMPUESTO (BLANCO)							
D2330	RESINA - 1 SUPERFICIE ANTERIOR	22	40	23	41	24	42
D2331	RESINA - 2 SUPERFICIES ANTERIOR	39	43	39	45	40	46
D2332	RESINA - 3 SUPERFICIES ANTERIOR	41	49	42	51	48	58
D2335	MÁS DE 4 SUPERFICIES EL ÁNGULO INCISAL ANTERIOR	47	60	51	65	53	68
POSTERIOR EMPASTES COMPUESTO (BLANCO)							
D2391	COMPOSITE - 1 SUPERFICIE POSTERIOR	38	41	41	44	43	47
D2392	COMPOSITE - 2 SUPERFICIES POSTERIOR	49	57	51	60	52	61
D2393	COMPOSITE - 3 SUPERFICIES POSTERIOR	57	64	60	68	63	71
D2394	COMPOSITE - MÁS DE 4 SUPERFICIES POSTERIOR	62	61	66	65	69	68
CORONAS							
D2750	FUSIÓN DE PORCELANA CON METAL DE ALTA NOBLEZA (NOTE 2)	315	177	316	177	317	179
D2751	FUSIÓN DE PORCELANA CON BASE DE METAL PREDOMINANTEMENTE	308	173	308	174	310	174
D2752	FUSIÓN DE PORCELANA CON METAL NOBLE	303	186	304	186	305	187
ENDODONCISTAS (CONDUCTO RADICULAR)							
D3310	ANTERIOR EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	217	89	223	91	225	92
D3320	BICÚSPIDE EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	259	117	266	119	286	129
D3330	MOLAR EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	333	129	336	130	343	134
PERIODONCISTAS							
D4341	RASPADO PERIODONTAL DE RAÍZ - MÁS DE 4 DIENTES POR CUADRANTE	93	21	96	21	97	21
D4910	MANTENIMIENTO PERIODONTAL DESPUÉS DE TERAPIA ACTIVA	60	18	61	18	62	19
PROSTODONCISTAS (DENTADURAS)							
D5110	DENTADURA COMPLETA - SUPERIOR	433	115	450	120	485	129
D5120	DENTADURA COMPLETA - INFERIOR	433	115	450	120	485	129
CIRUGIA ORAL							
D7210	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE BROTADO	80	36	82	37	88	39
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - TEJIDO BLANCO	90	43	95	44	102	48
D7230	EXTRACCIÓN IMPACTADO - PARCIALMENTE CUBIERTO POR HEUSO	126	51	131	53	141	57
D7240	EXTRACCIÓN IMPACTADO - COMPLETAMENTE CUBIERTO POR HEUSO	148	60	154	63	165	68
VARIOS							
D9440	VISITA AL CONSULTORIO - DESPUÉS DE LAS HORAS REGULARES	51	0	53	0	55	0

*Por los servicios prestados por proveedores fuera de la red, el paciente es responsable por la diferencia entre el pago del plan y la tarifa estandar del proveedor. No hay cobro de saldo por los servicios prestados por un proveedor de la red. Este ejemplo no es una lista completa de los procedimientos.