

Summary Schedule of Copayments

DentalSelect

For Contracted General Dentists and Specialists
Effective January 1, 2022

This summary includes a list of the most common procedures.

GOLD NETWORK - TEXAS REGION 1-2

ADA CODE	PROCEDURE DESCRIPTION	GENERAL DENTIST		SPECIALIST DENTIST	
		MEMBER COPAY	*NON-CONTRACTED DS PAYMENT	MEMBER COPAY	*NON-CONTRACTED DS PAYMENT
PREVENTIVE					
D0120	PERIODIC ORAL EXAMINATION	0	22	0	36
D0150	COMPREHENSIVE ORAL EXAMINATION	0	29	0	55
D0210	X-RAYS, COMPLETE SET	0	57	0	95
D0220	X-RAYS, PERIAPICAL, 1ST FILM	0	12	0	21
D0272	X-RAYS, BITEWING, 2 FILMS	0	19	0	32
D0274	X-RAYS, BITEWING, 4 FILMS	0	25	0	45
D0330	X-RAYS, PANORAMIC FILM	0	48	0	86
D1110	CLEANING - ADULT	0	46	0	65
BASIC					
D0140	LIMITED ORAL EXAMINATION	0	28	0	52
D1351	SEALANT - PER TOOTH (AGE 15 & UNDER)	12	14	26	14
AMALGAM (SILVER) FILLINGS					
D2140	AMALGAM - 1 SURFACE	0	48	0	86
D2150	AMALGAM - 2 SURFACE	0	63	0	111
D2160	AMALGAM - 3 SURFACE	0	76	0	134
D2161	AMALGAM - 4+ SURFACES	0	92	0	149
ANTERIOR COMPOSITE (WHITE) FILLINGS					
D2330	COMPOSITE - 1 SURFACE ANTERIOR	23	41	66	41
D2331	COMPOSITE - 2 SURFACE ANTERIOR	39	45	90	45
D2332	COMPOSITE - 3 SURFACE ANTERIOR	42	51	115	51
D2335	COMPOSITE - 4+ SURFACES ANTERIOR	51	65	131	65
POSTERIOR COMPOSITE (WHITE) FILLINGS					
D2391	COMPOSITE - 1 SURFACE POSTERIOR	41	44	80	44
D2392	COMPOSITE - 2 SURFACE POSTERIOR	51	60	103	60
D2393	COMPOSITE - 3 SURFACE POSTERIOR	60	68	116	68
D2394	COMPOSITE - 4+ SURFACES POSTERIOR	66	65	160	65
CROWNS					
D2750	CROWN - PORCELAIN, HIGH NOBLE METAL	316	177	638	177
D2751	CROWN - PORCELAIN, PREDOMINANTLY BASE METAL	308	174	585	174
D2752	CROWN - PORCELAIN, NOBLE METAL	304	186	591	186
ENDODONTICS (ROOT CANALS)					
D3310	PULP CAP - DIRECT, EXCLUDING FINAL RESTORATION	223	91	425	91
D3320	ROOT CANAL - BICUSPID, EXCLUDING FINAL RESTORATION	266	119	514	119
D3330	ROOT CANAL - MOLAR, EXCLUDING FINAL RESTORATION	336	130	654	130
PERIODONTICS					
D4341	PERIODONTAL ROOT PLANING, 4+ PER QUAD	96	21	154	21
D4910	PERIODONTAL MAINTENANCE PROCEDURE	61	18	90	18
PROSTHODONTICS (DENTURES)					
D5110	COMPLETE DENTURE - UPPER	450	120	888	120
D5120	COMPLETE DENTURE - LOWER	450	120	888	120
ORAL SURGERY					
D7210	SURGICAL EXTRACTION	82	37	159	37
D7220	SURGICAL EXTRACTION, IMPACTED	95	44	201	44
D7230	SURGICAL EXTRACTION, PARTIAL BONY	131	53	273	53
D7240	SURGICAL EXTRACTION, COMPLETELY BONY	154	63	320	63
MISCELLANEOUS					
D9440	OFFICE VISIT FOR OBSERVATION - AFTER HOURS	53	0	85	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.

Horarios Resumen de Copago

Para los Dentistas Contratados y Especialistas
Efectivo Enero 1, 2022

DentalSelect

Este resumen incluye una lista de los procedimientos más comunes.

GOLD NETWORK - TEXAS REGIÓN 1-2

CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	DENTISTAS CONTRATADO		DENTISTAS ESPECIALES	
		COPAGO DE MIEMBRO	PAGO DENTAL SELECT	COPAGO DE MIEMBRO	PAGO DENTAL SELECT
PREVENTIVOS					
D0120	EXAMEN ORAL PERIÓDICO	0	22	0	36
D0150	EXAMEN ORAL COMPLETO	0	29	0	55
D0210	INTRAORAL - SERIE C.COMPLETA, MORDIDA INCLUIDA	0	57	0	95
D0220	INTRAORAL - PERIAPICALES - PRIMERA PLACA	0	12	0	21
D0272	MORDIDA - DOS PLACAS	0	19	0	32
D0274	MORDIDA - CUATRO PLACAS	0	25	0	45
D0330	PLACA PAN ORÁMICA	0	48	0	86
D1110	PROFILAXIS - ADULTOS	0	46	0	65
BASICOS					
D0140	EXAMEN ORAL LIMITADO	0	28	0	52
D1351	SELLADOR - POR DIENTE (15 AÑOS Y MENORES)	12	14	26	14
EMPASTES AMALGAMA (PLATA)					
D2140	AMALGAMA - 1 SUPERFICIE PRIMARIA O PERMANENTE	0	48	0	86
D2150	AMALGAMA - 2 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	63	0	111
D2160	AMALGAMA - 3 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	76	0	134
D2161	AMALGAMA - MÁS DE 4 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	92	0	149
ANTERIOR EMPASTES COMPUESTO (BLANCO)					
D2330	RESINA - 1 SUPERFICIE ANTERIOR	23	41	66	41
D2331	RESINA - 2 SUPERFICIES ANTERIOR	39	45	90	45
D2332	RESINA - 3 SUPERFICIES ANTERIOR	42	51	115	51
D2335	RESINA - MÁS DE 4 SUPERFICIES O QUE IMPLIQUE EL ÁNGULO INCISAL ANTERIOR	51	65	131	65
POSTERIOR EMPASTES COMPUESTO (BLANCO)					
D2391	COMPOSITE - 1 SUPERFICIE POSTERIOR	41	44	80	44
D2392	COMPOSITE - 2 SUPERFICIES POSTERIOR	51	60	103	60
D2393	COMPOSITE - 3 SUPERFICIES POSTERIOR	60	68	116	68
D2394	COMPOSITE - MÁS DE 4 SUPERFICIES POSTERIOR	66	65	160	65
CORONAS					
D2750	CORONA - FUSIÓN DE PORCELANA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	316	177	638	177
D2751	CORONA - FUSIÓN DE PORCELANA CON BASE DE METAL PREDOMINANTEMENTE	308	174	585	174
D2752	CORONA - FUSIÓN DE PORCELANA CON METAL NOBLE	304	186	591	186
ENDODONCISTAS (CONDUCTO RADICULAR)					
D3310	CONDUCTO RADICULAR - ANTERIOR EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	223	91	425	91
D3320	CONDUCTO RADICULAR - BICÚSPIDE EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	266	119	514	119
D3330	CONDUCTO RADICULAR - MOLAR EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	336	130	654	130
PERIODONCISTAS					
D4341	RASPADO Y ALISADO PERIODONTAL DE RAÍZ - MÁS DE 4 DIENTES POR CUADRANTE	96	21	154	21
D4910	PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO PERIODONTAL DESPUÉS DE TERAPIA ACTIVA	61	18	90	18
PROSTODONCISTAS (DENTADURAS)					
D5110	DENTADURA COMPLETA - SUPERIOR	450	120	888	120
D5120	DENTADURA COMPLETA - INFERIOR	450	120	888	120
CIRUGIA ORAL					
D7210	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE BROTADO	82	37	159	37
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - TEJIDO BLANDO	95	44	201	44
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - PARCIALMENTE CUBIERTO POR HEUSO	131	53	273	53
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - COMPLETAMENTE CUBIERTO POR HEUSO	154	63	320	63
VARIOS					
D9440	VISITA AL CONSULTORIO - DESPUÉS DE LAS HORAS REGULARES PROGRAMADAS	53	0	85	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.