

Summary Schedule of Copayments

For Contracted General Dentists
Effective January 1, 2023

PLATINUM NETWORK – TEXAS													
ADA CODE		REGION 1-1				REGION 1-2				REGION 1-3			
		MEMBER COPAY		*NON-CONTRACTED DS PAYMENT		MEMBER COPAY		*NON-CONTRACTED DS PAYMENT		MEMBER COPAY		*NON-CONTRACTED DS PAYMENT	
		San Antonio				Waco				DFW / Houston / El Paso / Austin			
		GEN	SPEC	GEN	SPEC	GEN	SPEC	GEN	SPEC	GEN	SPEC	GEN	SPEC
PREVENTIVE													
D0120	PERIODIC ORAL EXAMINATION	0	0	26	37	0	0	27	37	0	0	28	37
D0150	COMPREHENSIVE ORAL EXAMINATION	0	0	41	57	0	0	43	57	0	0	44	57
D0210	X-RAYS, COMPLETE SET	0	0	67	98	0	0	68	98	0	0	76	98
D0220	X-RAYS, PERIAPICAL, 1ST FILM	0	0	15	21	0	0	16	21	0	0	17	21
D0272	X-RAYS, BITEWING, 2 FILMS	0	0	23	33	0	0	24	33	0	0	25	33
D0274	X-RAYS, BITEWING, 4 FILMS	0	0	33	46	0	0	34	46	0	0	35	46
D0330	X-RAYS, PANORAMIC FILM	0	0	60	86	0	0	62	86	0	0	63	86
D1110	CLEANING – ADULT	0	0	50	67	0	0	51	67	0	0	54	67
BASIC													
D0140	LIMITED ORAL EXAMINATION	0	0	35	54	0	0	39	54	0	0	40	54
D1351	SEALANT – PER TOOTH (AGE 15 & UNDER)	14	25	16	16	15	25	16	16	15	24	17	17
AMALGAM (SILVER) FILLINGS													
D2140	AMALGAM – 1 SURFACE	0	0	63	89	0	0	64	89	0	0	65	89
D2150	AMALGAM – 2 SURFACE	0	0	81	114	0	0	82	114	0	0	83	114
D2160	AMALGAM – 3 SURFACE	0	0	89	134	0	0	100	134	0	0	101	134
D2161	AMALGAM – 4+ SURFACES	0	0	108	153	0	0	110	153	0	0	112	153
ANTERIOR COMPOSITE (WHITE) FILLINGS													
D2330	COMPOSITE – 1 SURFACE ANTERIOR	23	57	53	53	24	54	56	56	25	53	57	57
D2331	COMPOSITE – 2 SURFACE ANTERIOR	36	75	64	64	36	74	65	65	37	74	65	65
D2332	COMPOSITE – 3 SURFACE ANTERIOR	42	98	68	68	42	97	69	69	48	89	77	77
D2335	COMPOSITE – 4+ SURFACES ANTERIOR	52	118	78	78	58	109	87	87	59	108	88	88
POSTERIOR COMPOSITE (WHITE) FILLINGS													
D2391	COMPOSITE – 1 SURFACE POSTERIOR	37	74	54	54	38	74	54	54	39	71	57	57
D2392	COMPOSITE – 2 SURFACE POSTERIOR	46	95	68	68	47	92	71	71	48	92	71	71
D2393	COMPOSITE – 3 SURFACE POSTERIOR	55	110	80	80	58	107	83	83	59	105	85	85
D2394	COMPOSITE – 4+ SURFACES POSTERIOR	67	133	92	92	68	131	94	94	69	129	96	96
CROWNS													
D2750	CROWN – PORCELAIN, HIGH NOBLE METAL	369	608	207	207	384	599	216	216	388	597	218	218
D2751	CROWN – PORCELAIN, PREDOMINANTLY BASE METAL	343	566	193	193	352	561	198	198	357	558	201	201
D2752	CROWN – PORCELAIN, NOBLE METAL	350	562	215	215	358	557	220	220	362	555	222	222
ENDODONTICS (ROOT CANALS)													
D3310	PULP CAP – DIRECT, EXCLUDING FINAL RESTORATION	267	422	109	109	271	420	111	111	275	419	112	112
D3320	ROOT CANAL – BICUSPID, EXCLUDING FINAL RESTORATION	317	509	143	143	323	507	145	145	328	505	147	147
D3330	ROOT CANAL – MOLAR, EXCLUDING FINAL RESTORATION	408	649	159	159	454	632	176	176	462	629	179	179
PERIODONTICS													
D4341	PERIODONTAL ROOT PLANING, 4+ PER QUAD	99	151	29	29	99	150	30	30	101	150	30	30
D4910	PERIODONTAL MAINTENANCE PROCEDURE	62	88	20	20	63	88	20	20	65	88	20	20
PROSTHODONTICS (DENTURES)													
D5110	COMPLETE DENTURE – UPPER	562	858	150	150	571	856	152	152	580	854	154	154
D5120	COMPLETE DENTURE – LOWER	562	858	150	150	571	856	152	152	580	854	154	154
ORAL SURGERY													
D7210	SURGICAL EXTRACTION	98	158	44	44	99	157	45	45	101	157	45	45
D7220	SURGICAL EXTRACTION, IMPACTED	121	195	57	57	123	194	58	58	124	193	59	59
D7230	SURGICAL EXTRACTION, PARTIAL BONY	168	267	69	69	171	266	70	70	174	265	71	71
D7240	SURGICAL EXTRACTION, COMPLETELY BONY	198	313	81	81	200	312	82	82	203	311	83	83
MISCELLANEOUS													
D9440	OFFICE VISIT FOR OBSERVATION – AFTER HOURS	64	88	0	0	65	88	0	0	66	88	0	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

Para los Dentistas Contratados y Especialistas
Efectivo January 1, 2023

PLATINUM NETWORK - TEXAS

ADA CODE	DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	REGIÓN 1-1				REGIÓN 1-2				REGIÓN 1-3			
		COPAGO DE MIEMBRO		PAGO DS NO CONTRATADO*		COPAGO DE MIEMBRO		PAGO DS NO CONTRATADO*		COPAGO DE MIEMBRO		PAGO DS NO CONTRATADO*	
		GEN	ESPEC	GEN	ESPEC	GEN	ESPEC	GEN	ESPEC	GEN	ESPEC	GEN	ESPEC
Este resumen incluye una lista de los procedimientos más comunes.													
		San Antonio				Waco				DFW / Houston / El Paso / Austin			
PREVENTIVOS													
D0120	EXAMEN ORAL PERIÓDICO	0	0	26	37	0	0	27	37	0	0	28	37
D0150	EXAMEN ORAL COMPLETO	0	0	41	57	0	0	43	57	0	0	44	57
D0210	INTRAORAL - SERIE COMPLETA, MORDIDA INCLUIDA	0	0	67	98	0	0	68	98	0	0	76	98
D0220	INTRAORAL - PERIAPICALES - PRIMERA PLACA	0	0	15	21	0	0	16	21	0	0	17	21
D0272	MORDIDA - DOS PLACAS	0	0	23	33	0	0	24	33	0	0	25	33
D0274	MORDIDA - CUATRO PLACAS	0	0	33	46	0	0	34	46	0	0	35	46
D0330	PLACA PANORÁMICA	0	0	60	86	0	0	62	86	0	0	63	86
D1110	PROFILAXIS - ADULTOS	0	0	50	67	0	0	51	67	0	0	54	67
BASICOS													
D0140	EXAMEN ORAL LIMITADO	0	0	35	54	0	0	39	54	0	0	40	54
D1351	SELLADOR - POR DIENTE (15 AÑOS Y MENORES)	14	25	16	16	15	25	16	16	15	24	17	17
EMPASTES AMALGAMA (PLATA)													
D2140	AMALGAMA - 1 SUPERFICIE PRIMARIA O PERMANENTE	0	0	63	89	0	0	64	89	0	0	65	89
D2150	AMALGAMA - 2 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	0	81	114	0	0	82	114	0	0	83	114
D2160	AMALGAMA - 3 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	0	89	134	0	0	100	134	0	0	101	134
D2161	AMALGAMA - MÁS DE 4 SUPERFICIES PRIMARIA O PERMANENTE	0	0	108	153	0	0	110	153	0	0	112	153
ANTERIOR EMPASTES COMPUESTO (BLANCO)													
D2330	RESINA - 1 SUPERFICIE ANTERIOR	23	57	53	53	24	54	56	56	25	53	57	57
D2331	RESINA - 2 SUPERFICIES ANTERIOR	36	75	64	64	36	74	65	65	37	74	65	65
D2332	RESINA - 3 SUPERFICIES ANTERIOR	42	98	68	68	42	97	69	69	48	89	77	77
D2335	MÁS DE 4 SUPERFICIES EL ÁNGULO INCISAL ANTERIOR	52	118	78	78	58	109	87	87	59	108	88	88
POSTERIOR EMPASTES COMPUESTO (BLANCO)													
D2391	COMPOSITE - 1 SUPERFICIE POSTERIOR	37	74	54	54	38	74	54	54	39	71	57	57
D2392	COMPOSITE - 2 SUPERFICIES POSTERIOR	46	95	68	68	47	92	71	71	48	92	71	71
D2393	COMPOSITE - 3 SUPERFICIES POSTERIOR	55	110	80	80	58	107	83	83	59	105	85	85
D2394	COMPOSITE - MÁS DE 4 SUPERFICES POSTERIOR	67	133	92	92	68	131	94	94	69	129	96	96
CORONAS													
D2750	FUSIÓN DE PORCELANA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	369	608	207	207	384	599	216	216	388	597	218	218
D2751	FUSIÓN DE PORCELANA CON BASE DE METAL PREDOMINANTEMENTE	343	566	193	193	352	561	198	198	357	558	201	201
D2752	FUSIÓN DE PORCELANA CON METAL NOBLE	350	562	215	215	358	557	220	220	362	555	222	222
ENDODONCISTAS (CONDUCTO RADICULAR)													
D3310	ANTERIOR EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	267	422	109	109	271	420	111	111	275	419	112	112
D3320	BICÚSPIDE EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	317	509	143	143	323	507	145	145	328	505	147	147
D3330	MOLAR EXCLUYENDO RESTAURACIÓN FINAL	408	649	159	159	454	632	176	176	462	629	179	179
PERIODONCISTAS													
D4341	RASPADO PERIODONTAL DE RAÍZ - MÁS DE 4 DIENTES POR CUADRANTE	99	151	29	29	99	150	30	30	101	150	30	30
D4910	MANTENIMIENTO PERIODONTAL DESPUÉS DE TERAPIA ACTIVA	62	88	20	20	63	88	20	20	65	88	20	20
PROSTODONCISTAS (DENTADURAS)													
D5110	DENTADURA COMPLETA - SUPERIOR	562	858	150	150	571	856	152	152	580	854	154	154
D5120	DENTADURA COMPLETA - INFERIOR	562	858	150	150	571	856	152	152	580	854	154	154
CIRUGIA ORAL													
D7210	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE BROTADO	98	158	44	44	99	157	45	45	101	157	45	45
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO - TEJIDO BLANDO	121	195	57	57	123	194	58	58	124	193	59	59
D7230	EXTRACCIÓN IMPACTADO - PARCIALMENTE CUBIERTO POR HEUSO	168	267	69	69	171	266	70	70	174	265	71	71
D7240	EXTRACCIÓN IMPACTADO - COMPLETAMENTE CUBIERTO POR HEUSO	198	313	81	81	200	312	82	82	203	311	83	83
VARIOS													
D9440	VISITA AL CONSULTORIO - DESPUÉS DE LAS HORAS REGULARES	64	88	0	0	65	88	0	0	66	88	0	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.