



LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO Small Business Market Place

Límite máximo de gastos de bolsillo individual: \$350 por año del plan 2020-2021 (solo se aplica para pediátricos)

Límite máximo de gastos de bolsillo familiar: \$700 por año del plan 2020-2021 (solo se aplica para pediátricos)

Deducible individual: Ninguno - Deducible familiar: Ninguno

Periodo de espera: Ninguno Límite de beneficios anuales: Ninguno

Copago por visita al consultorio: sin cobro Valor actuarial 84.8%

- ✓ Los miembros deben seleccionar y estar asignados a un consultorio dental contratado por LIBERTY Dental Plan para utilizar los beneficios cubiertos. Su consultorio dental iniciará un plan de tratamiento o el proceso de derivación a un especialista con LIBERTY Dental Plan si los servicios son medicamente necesarios y están fuera del ámbito de la odontología general.
- ✓ Los copagos se pagan a la Oficina dental al momento en que se prestan los servicios, y están sujetos al límite máximo de gastos de bolsillo. Los beneficios pediátricos se aplican para afiliados de 0 a 19 años de edad. Los beneficios para adultos no están sujetos al límite máximo de gastos de bolsillo. Pueden haber otros costos incurridos por servicios opcionales y no cubiertos que no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo.
- ✓ Este catálogo no garantiza beneficios. Todos los servicios están sujetos a la elegibilidad y necesidad dental al momento del servicio. Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia mencionadas, se considerarán para la autorización previa cuando se determine la necesidad dental documentada como lo requiere el beneficio de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).
- ✓ Los procedimientos dentales no incluidos como beneficios cubiertos están disponibles a la tarifa habitual del consultorio dental.

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de diagnóstico					
D0120	Examen bucal periódico - paciente establecido	sin cobro	sin cobro	1 (D0120) cada 6 meses por proveedor	1 (D0120) cada 6 meses por proveedor
D0140	Examen bucal limitado - enfocado en un problema	sin cobro	sin cobro	1 (D0140) por paciente por proveedor	1 (D0140) por paciente por proveedor
D0145	Examen bucal para un paciente menor de tres años y asesorado por un proveedor médico de atención primaria	sin cobro	no cubierto		
D0150	Examen bucal integral - paciente nuevo o establecido	sin cobro	sin cobro	1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial	1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial
D0160	Evaluación bucal detallada y exhaustiva, enfocada al problema, según reporte	sin cobro	sin cobro	1 (D0160) por paciente por proveedor	1 (D0160) por paciente por proveedor
D0170	Re-evaluación - limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para visitas post-	sin cobro	sin cobro	hasta 6 de (D0170, D0171) en un periodo de 3 meses, no	hasta 6 de (D0170, D0171) en un periodo de 3 meses, no
D0171	Reevaluación - visita [posoperatoria] postoperatoria al consultorio	sin cobro	sin cobro	más de 12 en 12 meses	más de 12 en 12 meses
D0180	Examen periodontal integral - paciente nuevo o establecido	sin cobro	sin cobro	Solo se facturará como D0150	1 (D0180) cada 6 meses
D0190	Examinación de un paciente	no cubierto	sin cobro		
D0191	Evaluación de un paciente	no cubierto	sin cobro		
D0210	Intraoral - serie completa de imágenes radiográficas	sin cobro	sin cobro	1 (D0210) cada 36 meses por proveedor	1 (D0210) cada 36 meses por proveedor
D0220	Intraoral - primera imagen radiográfica periapical	sin cobro	sin cobro	20 de autorizaciones previas para D0220, D0230 en un periodo de 12 meses por el mismo proveedor	20 de autorizaciones previas para D0220, D0230 en un periodo de 12 meses por el mismo proveedor
D0230	Intraoral - cada imagen radiográfica periapical adicional	sin cobro	sin cobro		
D0240	Intraoral - imagen radiográfica oclusal	sin cobro	sin cobro	2 (D0240) cada 6 meses por proveedor	2 (D0240) cada 6 meses por proveedor
D0250	Extraoral: imagen radiográfica con proyección en 2D creada mediante una fuente de radiación estacionaria y un detector	sin cobro	sin cobro	1 (D0250) por fecha de servicio	1 (D0250) cada 6 meses
D0251	Extraoral: imagen radiográfica dental, posterior	sin cobro	no cubierto	1 (D0251) por fecha de servicio	1 (D0251) cada 6 meses
D0270	Aleta de mordida - imagen radiográfica simple	sin cobro	sin cobro	1 (D0270) por fecha de servicio	1 (D0270) por fecha de servicio
D0272	Aletas de mordida - dos imágenes radiográficas	sin cobro	sin cobro	1 (D0272) cada 6 meses por proveedor	1 de (D0272-D0277) cada 6 meses por proveedor
D0273	Aletas de mordida - tres imágenes radiográficas	sin cobro	sin cobro	reducir el valor al código D0270 y D0272	
D0274	Aletas de mordida - cuatro imágenes radiográficas	sin cobro	sin cobro	1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, para edades de 10 años o mayores	
D0277	Aletas de mordida verticales - 7 a 8 imágenes radiográficas	sin cobro	sin cobro	reducir el valor al código D0274	
D0310	Sialografía	sin cobro	sin cobro		
D0320	Artrograma de la articulación temporomandibular, incluye inyección	sin cobro	sin cobro	3 (D0320) por fecha de servicio	3 (D0320) por fecha de servicio
D0322	Estudio tomográfico	sin cobro	sin cobro	2 (D0322) cada 12 meses por proveedor	2 (D0322) cada 12 meses por proveedor
D0330	Imagen radiográfica panorámica	sin cobro	sin cobro	1 (D0330) cada 36 meses por proveedor	1 (D0330) cada 36 meses por proveedor
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D: adquisición, medición y análisis	sin cobro	sin cobro	2 (D0340) cada 12 meses por proveedor	2 (D0340) cada 12 meses por proveedor
D0350	Imágenes fotográficas bucales/faciales 2D obtenidas intra- o extraoralmente	sin cobro	sin cobro	4 (D0350) por fecha de servicio	4 (D0350) por fecha de servicio
D0351	Imagen fotográfica 3D	sin cobro	sin cobro		
D0431	Prueba prediagnóstica complementaria para facilitar la detección de anomalías de la mucosa incluyendo lesiones premalignas y malignas, excluye los procedimientos de citología o biopsia	no cubierto	sin cobro		
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	sin cobro	sin cobro		
D0470	Moldes de diagnóstico	sin cobro	sin cobro	1 por proveedor, solo un beneficio con los servicios de ortodoncia cubiertos para los dientes permanentes	1 por proveedor
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	sin cobro	sin cobro		
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de bajo riesgo	sin cobro	sin cobro		
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado	sin cobro	sin cobro		
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de alto riesgo	sin cobro	sin cobro		
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, según reporte	sin cobro	sin cobro		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios preventivos					
D1110	Profilaxis - adultos	sin cobro	sin cobro	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses. Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia mencionadas, para procedimientos de profilaxis (D1110 y D1120) se considerarán para la autorización previa cuando se determine la necesidad médica documentada como lo requiere los beneficios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D1120	Profilaxis - niños	sin cobro	no cubierto		
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	sin cobro	sin cobro	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses. Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia mencionadas, para procedimientos con flúor (D1206 y D1208) se considerarán para la autorización previa cuando se determine la necesidad médica documentada como lo requiere los beneficios de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés).	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz	sin cobro	sin cobro		
D1310	Asesoría nutricional para controlar enfermedades dentales	sin cobro	sin cobro		
D1320	Asesoría acerca del uso del tabaco para el control y la prevención de las enfermedades bucodentales	sin cobro	no cubierto		
D1330	Instrucciones de higiene bucal	sin cobro	sin cobro		
D1351	Sellante - por diente	sin cobro	no cubierto	1 (D1351, D1352) cada 36 meses 1 ^{er} , 2 ^{do} y 3 ^{er} molar	
D1352	Restauración preventiva de resina en pacientes con riesgo moderado a alto de caries - diente	sin cobro	no cubierto		
D1353	Reparación con sellador - por diente	sin cobro	no cubierto		
D1354	Aplicación provisional de medicamento para detener las caries, por diente	sin cobro	sin cobro	1 (D1354) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer tratamiento	1 (D1354) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer tratamiento
D1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante	sin cobro	no cubierto	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente, para menores de 18 años	
D1516	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar	sin cobro	no cubierto	1 de (D1516, D1517, D1526, D1527) por arco para menores de 18 años	
D1517	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, mandibular	sin cobro	no cubierto		
D1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante	sin cobro	no cubierto	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por pacientes, para menores de 18 años	
D1526	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, maxilar	sin cobro	no cubierto	1 de (D1516, D1517, D1526, D1527) por arco para menores de 18 años	
D1527	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular	sin cobro	no cubierto		
D1551	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, maxilar	sin cobro	no cubierto	1 de (D1551, D1552, D1553) por cuadrante/arco cada 12 meses para menores de 18 años	
D1552	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	sin cobro	no cubierto		
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	sin cobro	no cubierto		
D1556	Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante	sin cobro	no cubierto		
D1557	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, maxilar	sin cobro	no cubierto		
D1558	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, mandibular	sin cobro	no cubierto		
D1575	Mantenedor de espacio zapatilla distal, fijo, unilateral, por cuadrante	sin cobro	no cubierto		
Servicios de restauración					
D2140	Amalgamas - una superficie, en dientes temporales o permanentes	\$25	\$25	dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses. dientes permanentes - 1 de (Dc2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) cada 36 meses
D2150	Amalgamas- dos superficies, en dientes temporales o permanentes	\$30	\$30		
D2160	Amalgamas- tres superficies, en dientes temporales o permanentes	\$40	\$40		
D2161	Amalgamas- cuatro o más superficies, en dientes temporales o permanentes	\$45	\$45		
D2330	Composite a base resinas - una superficie, anterior	\$30	\$30		
D2331	Composite a base resinas - dos superficies, anteriores	\$45	\$45		
D2332	Composite a base resinas - tres superficies, anteriores	\$55	\$55		
D2335	Composite a base resinas - cuatro o más superficies, o que involucre el ángulo incisal (anteriores)	\$60	\$60		
D2390	Corona de composite a base de resinas, anterior	\$50	\$50	dientes primarios - 1 (D2390) por diente cada 12 meses dientes permanentes - 1 (D2390) por diente cada 36 meses	1 (D2390) por diente cada 36 meses
D2391	Composite a base resinas - una superficie, posterior	\$30	\$30	dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses. dientes permanentes - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) cada 36 meses
D2392	Composite a base resinas - dos superficies, posteriores	\$40	\$40		
D2393	Composite a base resinas - tres superficies, posteriores	\$50	\$50		
D2394	Composite a base resinas - cuatro o más superficies, posteriores	\$70	\$70		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de restauración (continuación)					
*GUÍA para inlays, onlays y coronas sencillas: La cantidad máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos de mejora (explicado a continuación) es \$250.00 por diente. Se les requiere a los proveedores explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo de mejora. 1. Restauraciones de marca: (p. ej. Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) Pueden considerarse procedimientos electivos de mejora si sus códigos de procedimiento CDT relacionados no aparecen como beneficios cubiertos. 2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina a base de metal o porcelana a base de metal son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora. 3. Beneficios para dientes molares: Las coronas de base de metal son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y coronas de metal con porcelana pueden considerarse procedimientos electivos de mejora. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora. 4. La base de metal es el beneficio: Al miembro se le pueden cobrar costos adicionales de laboratorio por elegir a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio puede ser considerado un procedimiento electivo de mejora."					
D2542	Sobreincrustación - metálica - dos superficies	no cubierto	\$185		
D2543	Sobreincrustación - metálica - tres superficies	no cubierto	\$200		
D2544	Sobreincrustación - metálica - cuatro o más superficies	no cubierto	\$215		
D2642	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - dos superficies*	no cubierto	\$250		
D2643	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - tres superficies*	no cubierto	\$275		
D2644	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies*	no cubierto	\$300		
D2662	Sobreincrustación - composite a base de resinas - composite a base resinas - dos superficies	no cubierto	\$160		
D2663	Sobreincrustación - composite a base resinas - tres superficies	no cubierto	\$180		
D2664	Sobreincrustación - composite a base de resinas - cuatro o más superficies	no cubierto	\$200		
D2710	Corona - compuesto a base de resina (indirecta)	\$140	\$140		
D2712	Corona - ¼ de composite a base de resinas (indirecta)	\$190	\$200		
D2720	Corona - resina con metal altamente noble*	no cubierto	\$300		
D2721	Corona - resina con metal predominantemente de baja ley*	\$300	\$300		
D2722	Corona - resina con metal noble*	no cubierto	\$300		
D2740	Corona - porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D2750	Corona - porcelana fundida en metal altamente noble*	no cubierto	\$300		
D2751	Corona - porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley*	\$300	\$300		
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble*	no cubierto	\$300		
D2780	Corona - ¼ por colado en metal altamente noble*	no cubierto	\$300		
D2781	Corona - ¼ por colado en metal predominantemente de baja ley*	\$300	\$300		
D2782	Corona - ¼ por colado en metal noble*	no cubierto	\$300		
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica*	\$310	\$310		
D2790	Corona - total por colado en metal altamente noble*	no cubierto	\$300		
D2791	Corona - total por colado en metal predominantemente de baja ley	\$300	\$300		
D2792	Corona - total por colado en metal noble*	no cubierto	\$300		
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones, sobreincrustaciones, carillas o restauraciones de cobertura parcial	\$25	\$25	1 (D2910) por diente cada 12 meses por proveedor	
D2915	Recementado o readhesión de perno y muñón colados o prefabricados	\$25	\$25		
D2920	Recementado o readhesión de corona	\$25	\$15	después de 12 meses de la colocación inicial con el mismo proveedor	
D2921	Readhesión de fragmento, borde incisal o cúspide de un diente	\$45	no cubierto		
D2929	Coronas prefabricadas de porcelana/cerámica - dientes primarios	\$95	no cubierto		
D2930	Corona prefabricadas de acero inoxidable - diente temporal	\$65	no cubierto	1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses	
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	\$75	\$75	1 (D2931) por diente cada 36 meses	1 (D2931) por diente cada 36 meses
D2932	Corona prefabricada de resina	\$75	no cubierto	dientes primarios - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses	
D2933	Corona prefabricadas de acero inoxidable con cubierta de resina	\$80	no cubierto	dientes permanentes - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses	
D2940	Restauración de protección	\$25	\$20	1 (D2940) por diente cada 6 meses por proveedor	1 (D2940) por diente cada 6 meses por proveedor
D2941	Restauración terapéutica provisoria - dentición temporal	\$30	no cubierto		
D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	\$45	no cubierto		
D2950	Refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan	\$20	\$20		
D2951	Retención con perno - por diente, además de la restauración	\$25	\$20	1 (D2951) por diente	
D2952	Perno y muñón (core) además de la corona, fabricados indirectamente	\$100	\$60	1 (D2952) por diente	
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	\$30	\$30		
D2954	Perno y muñón (core) prefabricados además de la corona	\$90	\$60	1 (D2954) por diente	



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de restauración (continuación)					
D2955	Remoción de poste	\$60	no cubierto		
D2957	Cada perno prefabricado adicional, en el mismo diente	\$35	\$35		
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona debajo de la estructura de una prótesis parcial existente	\$35	no cubierto		
D2980	Reparación de corona necesaria por fracaso del material de restauración	\$50	\$50	después de 12 meses de la colocación inicial de la corona con el mismo proveedor	
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, según informe	\$40	no cubierto		
Servicios endodónticos					
D3110	Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final)	\$20	\$20		
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto (excluye restauración final)	\$25	\$25		
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final)	\$40	\$35	1(D3220) por diente primario	
D3221	Pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento	\$40	\$50	1 (D3221) por diente	1 (D3221) por diente
D3222	Pulpotomía parcial para lograr una apicogénesis - diente permanente con desarrollo incompleto de raíz	\$60	no cubierto	1 (D3222) por diente	
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - dientes temporales, anteriores (no incluye la restauración final)	\$55	no cubierto	1 de (D3230, D3240) por diente	
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - diente temporal, posterior (no incluye la restauración final)	\$55	no cubierto		
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final)	\$195	\$200	1 de (D3310, D3320, D3330) por diente	
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$235	\$235		
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)	\$300	\$300		
D3331	Tratamiento de una obstrucción del conducto radicular	\$50	\$50		
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente inoperable, irreparable o fracturado	no cubierto	\$85		
D3333	Reparación radicular interna de los defectos por perforaciones	\$80	no cubierto		
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular - diente anterior	\$240	\$245	1 de (D3346-D3348) luego de 12 meses del tratamiento inicial	1 de (D3346-D3348) por diente de por vida
D3347	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular - premolar	\$295	\$295		
D3348	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular - molar	\$365	\$365		
D3351	Apexificación/recalcificación - primera visita (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)	\$85	no cubierto	1 (D3351) por diente	
D3352	Apicoformación/recalcificación - reemplazo de medicamento temporal (cierre apical/reparación cálcica de perforaciones, reabsorción radicular, desinfección del espacio pulpar, etc.)	\$45	no cubierto	1 (D3352) por diente	
D3410	Apicectomía - anterior	\$240	\$240		
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	\$250	\$250		
D3425	Apicectomía - molar (primera raíz)	\$275	\$275		
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$110	\$110		
D3427	Cirugía perirradicular sin apicectomía	\$160	no cubierto		
D3430	Retro-obturación - por raíz	\$90	\$90		
D3450	Amputación radicular - por raíz	no cubierto	\$110		
D3910	Procedimiento quirúrgico para el aislamiento de un diente con goma dique	\$30	no cubierto		
D3920	Hemisección (incluyendo cualquier extracción de raíces), sin incluir el tratamiento del conducto radicular	no cubierto	\$120		
D3950	Preparación del conducto y ajuste del pivote o perno preformados	no cubierto	\$60		
D3999	Procedimiento endodóntico no especificado, según reporte	\$100	no cubierto		
Servicios periodontales					
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios	\$150	\$150	1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante	1 de (D4210-D4275) por sitio/cuadrante cada 36 meses
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	\$50	\$50		
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular - cuatro o más dientes vecinos o espacios limitados por dientes por cuadrante	no cubierto	\$135		
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular - uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	no cubierto	\$70		
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro	\$165	\$200		
D4260	Cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	\$265	\$265	1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años	
D4261	Cirugía ósea (incluyendo levantamiento de un colgajo de espesor total y cierre) - uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante	\$140	\$140		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios periodontales (continuación)					
D4263	Injerto óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	no cubierto	\$105		1 de (D4210-D4275) por sitio/cuadrante cada 36 meses
D4264	Injerto óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante	no cubierto	\$75		
D4265	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejido blando y óseo	\$80	no cubierto		
D4266	Regeneración tisular guiada - barrera reabsorbente, por sitio	no cubierto	\$145		
D4267	Regeneración tisular guiada - barrera no reabsorbente, por sitio (incluye remoción de membrana)	no cubierto	\$175		
D4270	Procedimiento de injertos en pedículo de tejido blando	no cubierto	\$155		
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	no cubierto	\$220		
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente	no cubierto	\$190		
GUÍA:					
Se permite un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita/por día.					
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	\$55	1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses, a partir de los 13 años	1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cuadrante	\$30	\$25		
D4346	Raspado en presencia de gingivitis generalizada moderada o severa - toda la boca, después de la evaluación de la cavidad oral	\$220	\$220	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D4355	Un desbridamiento bucal completo para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una visita posterior	\$40	\$40		1 cada 24 meses
D4381	Distribución localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada dentro del tejido crevicular enfermo, por diente	\$10	\$10		
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30	1 (D4910) cada 3 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D4920	Cambio no programado de apósito (realizado por alguien que no es el dentista tratante o su personal)	\$15	no cubierto	1 (D490) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años	
D4999	Procedimiento periodontal no especificado - según reporte	\$350	no cubierto		
Servicios prostodónticos removibles					
D5110	Prótesis total - superior	\$300	\$400	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por periodo de 5 años Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura completa, inmediata, o sobredentadura anterior.	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5281) por arco por cada periodo de 5 años
D5120	Protésis total - inferior	\$300	\$400		
D5130	Protésis inmediata - superior	\$300	\$400		
D5140	Protésis inmediata - inferior	\$300	\$400		
D5211	Prótesis parcial superior - base de resina	\$300	\$325	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por periodo de 5 años Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior.	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5281) por arco por cada periodo de 5 años
D5212	Prótesis parcial inferior - base de resina	\$300	\$325		
D5213	Prótesis parcial superior - esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis	\$335	\$375		
D5214	Prótesis parcial inferior - esqueleto de metal colado con base de resina para prótesis	\$335	\$375		
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina	\$275	no cubierto	1 de (D5221-D5224) por arco por paciente No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de 5 años de una dentadura inmediata.	
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina	\$275	no cubierto		
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata: colada en estructura de metal con base de resina para piezas dentarias	\$330	no cubierto		
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata: colada en estructura de metal con bases de resina para piezas dentarias	\$330	no cubierto		
D5225	Prótesis parcial superior - base flexible	no cubierto	\$375		1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5281) por arco por cada periodo de 5 años
D5226	Prótesis parcial inferior - base flexible	no cubierto	\$375		
D5282	Prótesis parcial removible unilateral - una pieza de metal colado, superior				
D5283	Prótesis parcial removible unilateral - una pieza de metal colado inferior	no cubierto	\$250		
D5410	Ajuste de prótesis total superior	\$20	\$20	2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses, 1 por arco por proveedor por fecha de servicio	2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses, 1 por arco por proveedor por fecha de servicio
D5411	Ajuste de prótesis total inferior	\$20	\$20		
D5421	Ajuste de prótesis parcial superior	\$20	\$20		
D5422	Ajuste de prótesis parcial inferior	\$20	\$20		
D5511	Reparación de la base rota de una dentadura completa, mandibular	\$40	\$30	1 (D5511, D5512) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	1 (D5511, D5512) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5512	Reparación de la base rota de una dentadura completa, maxilar	\$40	\$30		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios prostodónticos removibles (continuación)					
D5520	Reemplazo de dientes perdidos o quebrados - prótesis total (cada diente)	\$40	\$30	hasta 4 (D5520) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	hasta 4 (D5520) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5611	Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, mandibular	\$40	\$30	1 de (D5611, D5612) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	1 de (D5611, D5612) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5612	Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, maxilar	\$40	\$30		
D5621	Reparación de colada en estructura parcial, mandibular	\$40	\$35	1 de (D5621, D5622) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	1 de (D5621, D5622) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5622	Reparación de colada en estructura parcial, maxilar	\$40	\$35		
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos, por diente	\$50	\$30	3 (D5630) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	3 (D5630) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente	\$35	\$30	4 (D5640) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	4 (D5640) por arco por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5650	Adición de un diente a una prótesis parcial existente	\$35	\$35	3 (D5650) por arco por proveedor por fecha de servicio, 1 por diente	3 (D5650) por arco por proveedor por fecha de servicio, 1 por diente
D5660	Agregado de gancho a dentadura parcial existente, por diente	\$60	\$45	3 (D5660) por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	3 (D5660) por fecha de servicio por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos de un esqueleto de metal colado (superior)	no cubierto	\$195	"1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones."	1 de (D5670, D5671) por arco cada 36 meses
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos de un esqueleto de metal colado (inferior)	no cubierto	\$195		
D5710	Rebasado de una prótesis total superior	no cubierto	\$155		
D5711	Rebasado de una prótesis total inferior	no cubierto	\$155		
D5720	Rebasado de una prótesis parcial superior	no cubierto	\$150		
D5721	Rebasado de una prótesis parcial inferior	no cubierto	\$150		
D5730	Reajuste de una prótesis total superior (consultorio)	\$60	\$80		
D5731	Reajuste de una prótesis total inferior (consultorio)	\$60	\$80	"1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones."	1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones.
D5740	Reajuste de una prótesis parcial superior (consultorio)	\$60	\$75		
D5741	Reajuste de una prótesis parcial inferior (consultorio)	\$60	\$75		
D5750	Reajuste de una prótesis total superior (laboratorio)	\$90	\$120		
D5751	Reajuste de una prótesis total inferior (laboratorio)	\$90	\$120		
D5760	Reajuste de una prótesis parcial superior (laboratorio)	\$80	\$110		
D5761	Reajuste de una prótesis parcial inferior (laboratorio)	\$80	\$110		
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$30	\$35	2 de (D5850, D5851) por arco cada 36 meses	1 de (D5850, D5851) por arco cada 36 meses
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$30	\$35		
D5862	Anclaje de precisión, según reporte	\$90	no cubierto	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por periodo de 5 años. Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior.	
D5863	Sobredentadura - completa del maxilar superior	\$300	no cubierto		
D5864	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$300	no cubierto		
D5865	Sobredentadura - completa del maxilar inferior	\$300	no cubierto		
D5866	Sobredentadura - parcial del maxilar inferior	\$300	no cubierto		
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible no especificado, según reporte	\$350	no cubierto		
Servicios protésicos maxilofaciales					
D5911	Réplica facial (seccionada)	\$285	no cubierto		
D5912	Réplica facial (completa)	\$350	no cubierto		
D5913	Prótesis nasal	\$350	no cubierto		
D5914	Prótesis auricular	\$350	no cubierto		
D5915	Prótesis orbitaria	\$350	no cubierto		
D5916	Prótesis ocular	\$350	no cubierto		
D5919	Prótesis facial	\$350	no cubierto		
D5922	Prótesis del tabique nasal	\$350	no cubierto		
D5923	Prótesis ocular provisional	\$350	no cubierto		
D5924	Prótesis craneal	\$350	no cubierto		
D5925	Implante de prótesis para incremento de tejido facial	\$200	no cubierto		
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200	no cubierto		
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200	no cubierto		
D5928	Prótesis orbitaria, reemplazo	\$200	no cubierto		
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200	no cubierto		
D5931	Obturador protésico, quirúrgico	\$350	no cubierto		
D5932	Obturador protésico, definitivo	\$350	no cubierto		
D5933	Obturador protésico, modificación	\$150	no cubierto	2 (D5933) cada 12 meses	
D5934	Prótesis para resección mandibular con aleta de guía	\$350	no cubierto		
D5935	Prótesis para resección mandibular sin aleta de guía	\$350	no cubierto		
D5936	Obturador protésico, transitorio	\$350	no cubierto		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
D5937	Dispositivo de trismo (no para tratamiento de desórdenes de la articulación temporo mandibular - TMD por sus siglas en inglés)	\$85	no cubierto		
D5951	Dispositivo de alimentación	\$135	no cubierto	menores de 18 años	
D5952	Aparato protésico para el lenguaje, pediátrico	\$350	no cubierto	menores de 18 años	
D5953	Aparato protésico para el lenguaje, para adultos	\$350	no cubierto	a partir de los 18 años	
D5954	Prótesis para para incrementar el paladar	\$135	no cubierto		
	Servicios protésicos maxilofaciales (continuación)				
D5955	Prótesis para elevar el paladar, definitiva	\$350	no cubierto		
D5958	Prótesis para elevar el paladar, temporal	\$350	no cubierto		
D5959	Prótesis para elevar el paladar, modificación	\$145	no cubierto	2 (D5959) cada 12 meses	
D5960	Prótesis de ayuda para el lenguaje, modificación	\$145	no cubierto	2 (D5960) cada 12 meses	
D5982	Stent quirúrgico	\$70	no cubierto		
D5983	Portador de radiación	\$55	no cubierto		
D5984	Pantalla protectora de radiación	\$85	no cubierto		
D5985	Localizador de cono de radiación	\$135	no cubierto		
D5986	Portador de gel fluorado	\$35	no cubierto		
D5987	Férula de comisura	\$85	no cubierto		
D5988	Férula quirúrgica	\$95	no cubierto		
D5991	Porta-medicamento para las enfermedades vesiculobulosas	\$70	no cubierto		
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, según reporte	\$350	no cubierto		
	Servicios de implantes				
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteal	\$350	no cubierto		
D6011	Segunda etapa de la cirugía de implantes	\$350	no cubierto		
D6013	Colocación quirúrgica de mini implantes	\$350	no cubierto		
D6040	Colocación quirúrgica: implante subperióstico	\$350	no cubierto		
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico	\$350	no cubierto		
D6052	Pilar de fijación de semiprecisión	\$350	no cubierto		
D6055	Barra de conexión - con soporte en implante o pilar	\$350	no cubierto		
D6056	Pilar prefabricado - incluye colocación	\$135	no cubierto		
D6057	Poste hecho a la medida - incluye colocación	\$180	no cubierto		
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada por un pilar	\$320	no cubierto		
D6059	Corona de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyada por un pilar	\$315	no cubierto		
D6060	Corona de porcelana fundida en metal (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar	\$295	no cubierto		
D6061	Corona de porcelana fundida en metal (noble) apoyada por un pilar	\$300	no cubierto		
D6062	Corona de metal fundido (metal altamente noble) apoyada por un pilar	\$315	no cubierto		
D6063	corona de metal fundido (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar	\$300	no cubierto		
D6064	Corona de metal fundido (metal noble) apoyada por un pilar	\$315	no cubierto		
D6065	Corona implantosoportada de porcelana/ cerámica	\$340	no cubierto		
D6066	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones con alto contenido de metal noble	\$335	no cubierto	Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales	
D6067	Corona sujeta por implante, aleaciones con alto contenido de metal noble	\$340	no cubierto		
D6068	Retenedor para PPF de porcelana/ cerámica apoyado por un pilar	\$320	no cubierto		
D6069	Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyado por un pilar	\$315	no cubierto		
D6070	Retenedor para PPF de porcelana fundida a metal (predominantemente metal de baja ley) apoyado por un pilar	\$290	no cubierto		
D6071	Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (noble) apoyado por un pilar	\$300	no cubierto		
D6072	Retenedor para PPF de metal colado (metal altamente noble) apoyado por un pilar	\$315	no cubierto		
D6073	Retenedor para PPF de metal colado (predominantemente de metal de baja ley) apoyado por un pilar	\$290	no cubierto		
D6074	Retenedor para PPF de metal colado (metal noble) apoyado por un pilar	\$320	no cubierto		
D6075	Retenedor implantosoportado para PPF de cerámica	\$335	no cubierto		
D6076	Retenedor sujeto por implante para PPF, porcelana fundida en aleaciones con alto contenido de metal noble	\$330	no cubierto		
D6077	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, aleaciones con alto contenido de metal noble	\$350	no cubierto		
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retiran y se reinsertan las prótesis, incluyendo la limpieza de las prótesis y de los pilares	\$30	no cubierto		
D6081	Raspado y debridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin acceso ni cierre del colgajo	\$30	no cubierto		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de implantes (continuación)					
D6085	Corona temporaria para implante	\$300	no cubierto	Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales	
D6090	Reparación de prótesis implantosoportada, según informe	\$65	no cubierto		
D6091	Reemplazo del aditamento de precisión o de semi-precisión (componente macho o hembra) de una prótesis soportada por implante/ pilar, por aditamento	\$40	no cubierto		
D6092	Recementado o readhesión de corona implantosoportada o apoyada por pilar	\$25	no cubierto		
D6093	Recementado o readhesión de prótesis parcial fija implantosoportada o apoyada por pilar	\$35	no cubierto		
D6094	Corona sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$295	no cubierto		
D6095	Reparación del pilar de un implante, según reporte	\$65	no cubierto		
D6096	Retirar el tornillo de retención del implante roto	\$60	no cubierto		
D6100	Remoción de implante, según reporte	\$110	no cubierto		
D6110	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo - maxilar	\$350	no cubierto		
D6111	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo - mandibular	\$350	no cubierto		
D6112	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo - maxilar	\$350	no cubierto		
D6113	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo - mandibular	\$350	no cubierto		
D6114	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo - maxilar	\$350	no cubierto		
D6115	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo - mandibular	\$350	no cubierto		
D6116	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo - maxilar	\$350	no cubierto		
D6117	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo - maxilar	\$350	no cubierto		
D6190	Índice radiográfico/ quirúrgico para implantes, según reporte	\$75	no cubierto		
D6194	Corona de retenedor sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$265	no cubierto		
D6199	Procedimiento de implante no especificado, según reporte	\$350	no cubierto		
Servicios prostodónticos fijos					
<p>*GUÍA para pónicos, soportes, coronas, inlays, onlays: La cantidad máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos de mejora (explicado a continuación) es \$250.00 por diente. Se les requiere a los proveedores explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo de mejora. 1. Restauraciones de marca: (p. ej. Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) Pueden considerarse procedimientos electivos de mejora si sus códigos de procedimiento CDT relacionados no aparecen como beneficios cubiertos. 2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina a base de metal o porcelana a base de metal son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora. 3. Beneficios para dientes molares: Las coronas de base de metal son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y coronas de metal con porcelana pueden considerarse procedimientos electivos de mejora. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora. 4. La base de metal es el beneficio: Al miembro se le pueden cobrar costos adicionales de laboratorio por elegir a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio puede ser considerado un procedimiento electivo de mejora.</p>					
D6205	Pónico - composite indirecto a base de resinas*	no cubierto	\$165	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por cada periodo de 5 años, a partir de los 13 años	1 de (D2542-D2792, D6205-D6791) por diente por cada periodo de 5 años
D6210	Pónico - de metal altamente noble colado*	no cubierto	\$300		
D6211	Pónico - de metal colado predominantemente de baja ley	\$300	\$300	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por cada periodo de 5 años, a partir de los 13 años	
D6212	Pónico - de metal noble colado*	no cubierto	\$300		
D6214	Pónico, titanio y aleaciones de titanio*	no cubierto	\$300		
D6240	Pónico - porcelana fundida en metal altamente noble*	no cubierto	\$300		
D6241	Pónico - porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley*	\$300	\$300		
D6242	Pónico - porcelana fundida en metal noble*	no cubierto	\$300		
D6245	Pónico - porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6250	Pónico - resina en metal altamente noble*	no cubierto	\$300		
D6251	Pónico - resina en metal predominantemente de baja ley*	\$300	\$300		
D6252	Pónico - resina con metal noble*	no cubierto	\$300		
D6545	Retenedor - de metal colado para prótesis fijas de resina adherida	no cubierto	\$130		
D6548	Retenedor - de porcelana/ cerámica para prótesis fija de resina adherida*	no cubierto	\$145		
D6549	Retenedor de resina - para prótesis fijas adheridas con resina	no cubierto	\$130		
D6608	Sobreincrustación y retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies*	no cubierto	\$200		
D6609	Sobreincrustación y retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies*	no cubierto	\$200		
D6610	Sobreincrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, dos superficies*	no cubierto	\$200		
D6611	Sobreincrustación y retenedor: colados con alto contenido de metal noble, tres o más superficies*	no cubierto	\$200		
D6612	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, dos superficies*	no cubierto	\$200		
D6613	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, tres o más superficies*	no cubierto	\$200		
D6614	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal noble, dos superficies*	no cubierto	\$200		
D6615	Sobreincrustación y retenedor: colados en metal noble, tres o más superficies*	no cubierto	\$200		
D6634	Sobreincrustación y retenedor: titanio*	no cubierto	\$200		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios prostodónticos fijos (continuación)					
D6710	Corona y retenedor: compuesto a base de resina indirecta	no cubierto	\$200	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por cada periodo de 5 años, a partir de los 13 años	1 de (D2542-D2792, D6205-D6791) por diente por cada periodo de 5 años
D6720	Corona y retenedor: resina con alto contenido de metal noble*	no cubierto	\$300		
D6721	Corona y retenedor: resina con metal predominantemente básico*	\$300	\$300		
D6722	Corona y retenedor: resina con metal noble*	no cubierto	\$300		
D6740	Corona y retenedor: porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6751	Corona y retenedor: porcelana fundida sobre metal predominantemente básico*	\$300	\$300		
D6781	Corona y retenedor: parcial (3/4) colados en metal predominantemente básico	\$300	\$300		
D6782	Corona y retenedor: parcial (3/4) colados en metal noble*	no cubierto	\$300		
D6783	Corona y retenedor: parcial (3/4) de porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6791	Corona y retenedor: completa con predominio de metal básico	\$300	\$300		
D6930	Recementado o readhesión de una prótesis parcial fija	\$40	\$40		
D6980	Reparación de prótesis parcial fija necesaria debido a fracaso del material de restauración	\$95	\$95		
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, según reporte	\$350	no cubierto		
Servicios orales y maxilofaciales					
GUÍA:					
La extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas es un beneficio cubierto solamente cuando hay prueba de una patología.					
D7111	Extracción, restos de coronas - dientes temporales	\$40	\$40		
D7140	Extracción, erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevador y/o por fórceps)	\$65	\$65		
D7210	Extracción de dientes erupcionados que requieren el levantamiento de un colgajo mucoperiostico y la	\$120	\$115		
D7220	Remoción de diente impactado - tejido blando	\$95	\$85		
D7230	Remoción de diente impactado - parcialmente en hueso	\$145	\$145		
D7240	Remoción de diente impactado - totalmente en hueso	\$160	\$160		
D7241	Remoción de diente impactado - totalmente en hueso, con complicaciones quirúrgicas poco comunes	\$175	\$175		
D7250	Remoción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	\$80	\$75		
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280	\$280		
D7261	Cierre primario de una perforación de seno	\$285	no cubierto		
D7270	Reimplante dental y/o estabilización de un diente avulsionado o desplazado accidentalmente	\$185	no cubierto	1 (D7270) por arco	
D7280	Exposición de un diente retenido	\$220	no cubierto		
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado	\$85	no cubierto		
D7285	Biopsia por incisión de tejido bucal - duro (hueso, diente)	\$180	no cubierto	1 (D7285) arco por fecha de servicio	
D7286	Biopsia por incisión de tejido bucal - blando	\$110	\$110	hasta 3 (D7286) por fecha de servicio	
D7287	Toma de una muestra citológica exfoliativa	no cubierto	\$35		
D7288	Biopsia con cepillo - toma de una muestra transepitelial	no cubierto	\$35		
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de dientes	\$185	no cubierto	1 (D7290) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo	
D7291	Fibrotomía transeptal/ fibrotomía supra cresta alveolar, por informe	\$80	no cubierto	1 (D7291) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo	
D7310	Alveoloplastia con extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$85	\$85		
D7311	Alveoloplastia con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$50	\$50		
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$120	\$120		
D7321	Alveoloplastia sin extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$65	\$65		
D7340	Vestibuloplastia - extensión marginal (epitelialización secundaria)	\$350	no cubierto	1 (D7340) arco por cada periodo de 5 años	
D7350	Vestibuloplastia - extensión marginal	\$350	no cubierto	1 (D7350) por arco	
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75	no cubierto		
D7411	Extirpación de lesión benigna mayor a 1.25 cm	\$115	no cubierto		
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada	\$175	no cubierto		
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95	no cubierto		
D7414	Extirpación de lesión maligna mayor a 1.25 cm	\$120	no cubierto		
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada	\$255	no cubierto		
D7440	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105	no cubierto		
D7441	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm	\$185	no cubierto		
D7450	Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180	no cubierto		
D7451	Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm	\$330	no cubierto		
D7460	Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$155	no cubierto		
D7461	Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm	\$250	no cubierto		
D7465	Destrucción de lesión/es por método físico o químico, según informe	\$40	no cubierto		
D7471	Remoción de exóstosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140	\$140	1 (D7471) por cuadrante	
D7472	Remoción del torus palatino	\$145	\$140	1 (D7472) por vida	



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios orales y maxilofaciales (continuación)					
D7473	Remoción del torus mandibular	\$140	\$140	1 (D7473) por cuadrante	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$105	no cubierto	1 (D7485) por cuadrante	
D7490	Resección radical de la maxila o de la mandíbula	\$350	no cubierto		
D7510	Incisión y drenaje de absceso -tejido blando intraoral	\$70	\$55	1 (D7510) por cuadrante, misma fecha de servicio	
D7511	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral - complicado	\$70	\$69	1 (D7511) por cuadrante, misma fecha de servicio	
D7520	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extraoral	\$70	no cubierto		
D7521	Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando extraoral - complicado	\$80	no cubierto		
D7530	Remoción de un cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	\$45	no cubierto	1 (D7530) por fecha de servicio	
D7540	Remoción cuerpos extraños que generan una reacción, sistema musculoesquelético	\$75	no cubierto	1 (D7540) por fecha de servicio	
D7550	Osteotomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso desvitalizado	\$125	\$125	1 (D7550) por cuadrante por fecha de servicio	
D7560	Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos dentales o cuerpos extraños	\$235	no cubierto		
D7610	Maxila - reducción abierta (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$140	no cubierto		
D7620	Maxila - reducción cerrada (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$250	no cubierto		
D7630	Mandíbula - reducción abierta (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$350	no cubierto		
D7640	Mandíbula - reducción cerrada (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$350	no cubierto		
D7650	Malar y/o arco zigomático - reducción abierta	\$350	no cubierto		
D7660	Malar y/o arco zigomático - reducción cerrada	\$350	no cubierto		
D7670	Alvéolo - reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes	\$170	no cubierto		
D7671	Alvéolo - reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes	\$230	no cubierto		
D7680	Huesos faciales, reducción complicada con fijación y múltiples abordajes quirúrgicos	\$350	no cubierto		
D7710	Maxilar - reducción abierta	\$110	no cubierto		
D7720	Maxilar - reducción cerrada	\$180	no cubierto		
D7730	Mandíbula- reducción abierta	\$350	no cubierto		
D7740	Mandíbula- reducción cerrada	\$290	no cubierto		
D7750	Malar y/o arco zigomático, reducción abierta	\$220	no cubierto		
D7760	Malar y/o arco zigomático, reducción cerrada	\$350	no cubierto		
D7770	Alvéolo - estabilización de los dientes con reducción abierta	\$135	no cubierto		
D7771	Alvéolo - estabilización de los dientes con reducción cerrada	\$160	no cubierto		
D7780	Huesos faciales, reducción compleja con fijación y múltiples abordajes	\$350	no cubierto		
D7810	Reducción abierta de luxación	\$350	no cubierto		
D7820	Reducción cerrada de luxación	\$80	no cubierto		
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85	no cubierto		
D7840	Condilectomía	\$350	no cubierto		
D7850	Dissectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350	no cubierto		
D7852	Reparación de disco	\$350	no cubierto		
D7854	Sinovectomía	\$350	no cubierto		
D7856	Miotomía	\$350	no cubierto		
D7858	Reconstrucción de articulación	\$350	no cubierto		
D7860	Artrotomía	\$350	no cubierto		
D7865	Artroplastia	\$350	no cubierto		
D7870	Artrocentesis	\$90	no cubierto		
D7871	Lisis y lavado no artroscópicos	\$150	no cubierto		
D7872	Artroscopia - diagnóstico con o sin biopsia	\$350	no cubierto		
D7873	Artroscopia: lavado y lisis de adherencias	\$350	no cubierto		
D7874	Artroscopia: reposicionamiento y estabilización de disco	\$350	no cubierto		
D7875	Artroscopia: sinovectomía	\$350	no cubierto		
D7876	Artroscopia: disectomía	\$350	no cubierto		
D7877	Artroscopia: desbridamiento	\$350	no cubierto		
D7880	Aparato oclusal ortótico, según informe	\$120	no cubierto		
D7881	Ajuste del dispositivo ortopédico oclusal	\$30	no cubierto		
D7899	Terapia no especificada de la articulación temporo mandibular, según informe	\$350	no cubierto		
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes hasta 5 cm	\$35	no cubierto		
D7911	Sutura complicada - hasta 5 cm	\$55	no cubierto		
D7912	Sutura complicada - mayor a 5 cm	\$130	no cubierto		
D7920	Injerto de piel (identificación de defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)	\$120	no cubierto		
D7940	Osteoplastia - para deformidades ortognáticas	\$160	no cubierto		
D7941	Osteotomía - rama mandibular	\$350	no cubierto		
D7943	Osteotomía - rama mandibular con injerto óseo	\$350	no cubierto		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios orales y maxilofaciales (continuación)					
D7944	Osteotomía - segmentada o subapical	\$275	no cubierto		
D7945	Osteotomía - cuerpo mandibular	\$350	no cubierto		
D7946	Le Fort I (maxilar - total)	\$350	no cubierto		
D7947	Le Fort I (maxilar - segmentado)	\$350	no cubierto		
D7948	Le Fort II o III - sin injerto óseo	\$350	no cubierto		
D7949	Le Fort II o III - con injerto óseo	\$350	no cubierto		
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o cartilaginoso de la mandíbula o la maxila - autógeno o no autógeno, por informe	\$190	no cubierto		
D7951	Incremento sinusal con hueso o con sustitutos del hueso por vía de acceso lateral	\$290	no cubierto		
D7952	Incremento sinusal por vía de acceso vertical	\$175	no cubierto		
D7955	Reparación de un defecto maxilofacial de tejido blando o duro	\$200	no cubierto		
D7960	Frenulectomía - conocido también como frenectomía o frenotomía - procedimiento independiente que no acompañe a otro procedimiento	\$120	\$120	1 (D7960) arco por fecha de servicio	
D7963	Frenuloplastia	\$120	\$120	1 (D7963) arco por fecha de servicio	
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico - por arco	\$175	\$176	1 (D7970) arco por fecha de servicio	
D7971	Excisión de encía pericoronaria	\$80	\$80		
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$100	no cubierto	1 (D7972) por cuadrante por fecha de servicio	
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	\$155	no cubierto		
D7980	Sialolitotomía quirúrgica	\$155	no cubierto		
D7981	Excisión de glándula salivar, según reporte	\$120	no cubierto		
D7982	Sialodocoplastia	\$215	no cubierto		
D7983	Cierre de fístula salival	\$140	no cubierto		
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350	no cubierto		
D7991	Coronoidectomía	\$345	no cubierto		
D7995	Injerto sintético - mandíbula o huesos faciales, según reporte	\$150	no cubierto		
D7997	Remoción de dispositivo, incluye remoción de la barra de arco	\$60	no cubierto	1 (D7997) arco por fecha de servicio	
D7999	Procedimiento quirúrgico oral no especificado, según informe	\$350	no cubierto		
Servicios de ortodoncia					
Para el plan dental pediátrico, el tratamiento de ortodoncia es un beneficio de este plan dental SOLAMENTE cuando las necesidades de ortodoncia del paciente cumplen con los requisitos médicos según se determina por una calificación verificada de 26 o más (u otra condición que califique) en el análisis Índice de Maloclusiones Labio-Linguales (HLD). Todo tratamiento debe ser previamente autorizado por el Plan antes de la colocación de bandas.					
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente	\$350 por curso de tratamiento, independientemente del año del plan	no cubierto	a partir de los 13 años	
D8210	Terapia de dispositivos extraíbles		no cubierto	1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años	
D8220	Terapia de dispositivos fijos		no cubierto	1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años	
D8660	Examen antes del tratamiento de ortodoncia para monitorizar el crecimiento y desarrollo		no cubierto	1 (D8660) cada 3 meses por un máximo de 6	
D8670	Consulta periódica durante el tratamiento de ortodoncia		no cubierto	1 (D8670) por trimestre calendario	
D8680	Retención ortodóntica (remoción de dispositivos, elaboración y colocación de retenedor/es)		no cubierto	1 (D8680) por arco por cada fase autorizada de tratamiento ortodóntico	
D8681	Ajuste del retenedor de ortodoncia extraíble		no cubierto		
D8696	Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar		no cubierto	1 de (D8696, D8697) por aparato	
D8697	Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular		no cubierto		
D8698	Recementado o readhesión de retenedor fijo, maxilar		no cubierto	1 de (D8698, D8699) por proveedor	
D8699	Recementado o readhesión de retenedor fijo, mandibular		no cubierto		
D8701	Reparación de retenedor fijo, incluye refijación, maxilar		no cubierto		
D8702	Reparación de retenedor fijo, incluye refijación, mandibular		no cubierto		
D8703	Sustitución de retenedor perdido o dañado, maxilar		no cubierto		
D8704	Sustitución de retenedor perdido o dañado, mandibular	no cubierto	1 de (D8703, D8704) por arco		
D8999	Procedimiento ortodóntico no especificado, según reporte	no cubierto			
Servicios auxiliares generales					
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para dolores dentales - procedimiento menor	\$30	\$28	1 (D9110) por fecha de servicio	
D9120	Sección de una prótesis parcial fija	\$95	\$95		
D9210	Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$10	\$10	1 (D9210) por fecha de servicio	
D9211	Anestesia regional	\$20	\$20		
D9212	Anestesia troncular para las divisiones del trigémino	\$60	\$60		
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$15	\$15		



**LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO
Small Business Market Place**

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
GUÍA PEDIÁTRICA: La sedación profunda y la sedación consciente IV son beneficios cubiertos cuando se documenta que la anestesia local no es posible, en casos como una discapacidad mental o física grave, procedimientos quirúrgicos extensos, un niño que no coopera, una infección aguda en el sitio de la inyección o la falla de un anestésico local para controlar el dolor. Los servicios cubiertos cuando se suministran en un consultorio dental por un profesional que actúa dentro del campo de acción de su acreditación. La aprensión y/o el nerviosismo del paciente no son en sí mismos una justificación suficiente.					
Servicios auxiliares generales (continuación)					
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos	\$45	\$45		
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales posteriores	\$45	\$45		
D9230	Inhalación de óxido nitroso/ansiolisis, analgesia	\$15	no cubierto		
D9239	Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa - primeros 15 minutos	\$60	\$45		
D9243	Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa, cada 15 minutos adicionales posteriores	\$60	\$45		
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$65	no cubierto		
D9310	Consultas - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico diferente al dentista o médico que lo solicita	\$50	\$45		
D9311	Consulta con un profesional médico del cuidado de la salud	sin cobro	no cubierto		
D9410	Servicio de atención a domicilio/externa	\$50	no cubierto		
D9420	Servicios en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios	\$135	no cubierto		
D9430	Visita al consultorio para observación (durante las horas normales de atención) - no se brindan otros servicios	\$20	\$12	1 (D9430) por fecha de servicio por proveedor	1 (D9430) por fecha de servicio por proveedor
D9440	Visita al consultorio - después de las horas normales de atención	\$45	\$40	1 (D9440) por fecha de servicio por proveedor	1 (D9440) por fecha de servicio por proveedor
D9450	Presentación del caso, planeación detallada y exhaustiva del tratamiento	no cubierto	sin cobro		
D9610	Medicamento terapéutico parenteral, administración única	\$30	no cubierto	4 (D9610) por fecha de servicio	
D9612	Medicamento terapéutico parenteral, dos o más administraciones, distintos medicamentos	\$40	no cubierto	4 (D9610) por fecha de servicio	
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizador	\$20	\$22	1 (9910) por diente cada 12 meses, solo para dientes permanentes.	
D9930	Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgico) - circunstancias poco comunes, según informe	\$35	no cubierto	1 (D9930) por fecha de servicio por proveedor	
D9942	Reparación y/o reajuste de un protector oclusal	no cubierto	\$35		
D9944	Protector oclusal, aparato rígido, arco completo	no cubierto	\$115		1 de (D9944-D9946) cada 5 años
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco completo	no cubierto	\$115		
D9946	Protector oclusal, aparato rígido, arco parcial	no cubierto	\$115		
D9950	Análisis de oclusión - caso con montaje	\$120	no cubierto	1 (D9950) cada 12 meses, a partir de los 13 años	
D9951	Ajuste oclusal - limitado	\$45	\$45	1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses por proveedor, a partir de los 13 años	1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses por proveedor, a partir de los 13 años
D9952	Ajuste oclusal - completo	\$210	\$210	1 (D9952) cada 12 meses, a partir de los 13 años	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, según reporte	sin cobro	no cubierto		

Beneficios pediátricos - Niños hasta los 19 años¹

Beneficios para adultos - Beneficios para miembros elegibles de 19 años y más²

El límite máximo de gastos adicionales es el monto máximo de dinero que un Afiliado de Pediatría cubierto pagará en copagos para todos los gastos permitidos, incluso los copagos de ortodoncia, en cualquier año del plan. El límite máximo de gastos de bolsillo por un solo afiliado pediátrico será de \$350. Una familia con dos (2) o más afiliados pediátricos tendrá un límite máximo de gastos de bolsillo combinado de \$700.

Una vez que el monto pagado por todos los afiliados pediátricos alcance el límite máximo de gastos de bolsillo que se muestra arriba, no se requerirá ningún pago adicional por ninguno de los afiliados pediátricos durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos. Los beneficios para adultos no están sujetos al límite máximo de gastos de bolsillo.

Los copagos realizados por cada niño individual para los servicios dentro de la red contribuyen al máximo de gastos de bolsillo. Los servicios fuera de la red no están cubiertos y no se acumulan para el máximo de gastos de bolsillo.

Solo los copagos provistos por un proveedor contratado cuentan hacia el máximo de gastos de bolsillo. El pago de los servicios opcionales, realizados por un proveedor no contratado, o que no están cubiertos por la póliza, no se contabilizará hacia el límite máximo de gastos de bolsillo, y el pago de dichos servicios aún se aplicará después de haber alcanzado el límite máximo anual de gastos de bolsillo.

El registro de los pagos por procedimientos cubiertos debe mantenerlo la parte responsable. Cuando se ha alcanzado el límite máximo anual de gastos de bolsillo; comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente al 888-844-3344 para obtener instrucciones sobre cómo enviar la información. Debe enviar al Plan un comprobante que indique que se ha alcanzado el límite máximo de gastos de bolsillo.



LIBERTY Dental Plan Family Dental Select HMO Small Business Market Place

General Exclusions:

1. Los servicios que, en opinión del dentista tratante, no son necesarios para la salud dental del miembro.
2. Los procedimientos, dispositivos o restauraciones para corregir deformidades congénitas o evolutivas no están cubiertos en los beneficios, salvo que haya sido específicamente detallado anteriormente en la sección Beneficios.
3. Atención dental cosmética
4. Los procedimientos experimentales o de investigación, incluyendo cualquier tratamiento, terapia, procedimiento, medicamento o uso de medicamento, instalación o uso de instalación, equipo o uso de equipo, dispositivo o uso de dispositivo o suministros, que no sean reconocidos dentro de las normas profesionales generalmente aceptadas, o cuya seguridad y eficacia no haya sido determinada para el uso en el tratamiento para el cual el elemento en servicio en cuestión es recomendado o indicado.
5. Los servicios brindados a los miembros sin costo, ya sea por el gobierno estatal o una agencia del mismo, o por cualquier municipalidad, condado u otras subdivisiones.
6. Los costos hospitalarios de cualquier tipo no están cubiertos por el Plan Dental. Consulte la Evidencia de Cobertura de su Plan de Salud para obtener información sobre beneficios.
7. Cirugía mayor por fracturas o dislocaciones.
8. Extravío o robo de prótesis dentales o puentes.
9. Los gastos dentales incurridos en relación con cualquier procedimiento dental iniciado después de finalizada la cobertura o antes de la fecha en que el miembro fuera elegible para tales servicios.
10. Cualquier servicio no detallado específicamente como un beneficio cubierto.
11. Tumores malignos.
12. El suministro de medicamentos no proporcionados normalmente en un consultorio dental.
13. Los costos de tratamientos adicionales incurridos porque un procedimiento dental no pudo efectuarse en el consultorio del dentista debido al estado general de salud del paciente y a sus limitaciones físicas.
14. Los servicios de un pedodontista/dentista pediátrico, excepto cuando el miembro no puede tratarse con su proveedor del panel, o el tratamiento de un pedodontista/dentista pediátrico sea médicamente necesario, o si su proveedor del plan es pedodontista/dentista pediátrico.
15. Los servicios dentales que se reciben en un entorno de atención de emergencia por condiciones que no son emergencias si el afiliado razonablemente debería haber sabido que una situación de atención de emergencia no era tal.
16. El blanqueamiento dental, la ortodoncia para adultos, los implantes, las carillas dentales y los servicios para adultos señalados como "No cubiertos" en el Programa de copagos no son servicios cubiertos.



Discrimination is against the law. LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY”) follows State and Federal civil rights laws. LIBERTY does not unlawfully discriminate, exclude people, or treat them differently because of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

LIBERTY provides:

- Free aids and services to people with disabilities to help them communicate better, such as:
 - ✓ Qualified sign language interpreters
 - ✓ Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - ✓ Qualified interpreters
 - ✓ Information written in other languages

If you need these services, please contact us between 8 a.m. to 5 p.m (PST) by calling (888) 844-3344. Or, if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929

HOW TO FILE A GRIEVANCE

If you believe that LIBERTY has failed to provide these services or unlawfully discriminated in another way on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with LIBERTY’s Civil Rights Coordinator. You can file a grievance by phone, in writing, in person, or electronically:

- **By phone:** Contact LIBERTY’s Civil Rights Coordinator, Monday through Friday, 8 a.m to 5 p.m (PST) by calling 888-704-9833. Or if you cannot hear or speak well, please call (800) 735-2929.
- **In writing:** Fill out a complaint form or write a letter and send it to:
 - P.O. Box 26110
 - Santa Ana, CA 92799
- **In person:** Visit your doctor’s office or LIBERTY Dental Plan and say you want to file a grievance.
- **Electronically:** Visit LIBERTY Dental Plan website at <https://www.libertydentalplan.com>.



OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

You can also file a civil rights complaint with the California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **916-440-7370**. If you cannot speak or hear well, please call **711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

Michele Villados
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Complaint forms are available at http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Electronically:** Send an email to CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights by phone, in writing, or electronically:

- **By phone:** Call **1-800-368-1019**. If you cannot speak or hear well, please call **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **In writing:** Fill out a complaint form or send a letter to:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electronically:** Visit the Office for Civil Rights Complaint Portal at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

LIBERTY's HIPAA Privacy Notice provides you with information about your rights and our legal duties and privacy practices with respect to Protected Health Information (PHI), including how we use and disclose your PHI. You can always request a written copy of our most current privacy notice from LIBERTY's Privacy Officer by calling 888.704.9833, or online at: www.libertydentalplan.com/HIPAA-Privacy-Notice.

Notice of Language Assistance

IMPORTANT: You can get an interpreter at no cost to talk to your doctor or health plan. To get an interpreter or to request written information (in your language or in a different format, such as Braille or larger font), first call your health plan’s phone number at 1-888-844-3344. Someone who speaks (your language) can help you. If you need more help, call the HMO Help Center at 1-888-466-2219.

IMPORTANTE: Puede obtener la ayuda de un intérprete sin costo alguno para hablar con su médico o con su plan de salud. Para obtener la ayuda de un intérprete o pedir información escrita (en su idioma o en algún formato diferente, como Braille o tipo de letra más grande), primero llame al número de teléfono de su plan de salud al 1-888-844-3344. Alguien que habla español puede ayudarle. Si necesita ayuda adicional, llame al Centro de ayuda de HMO al 1-888-466-2219. (Spanish)

重要提示: 您與您的醫生或保健計劃工作人員交談時，可獲得免費口譯服務。如需口譯員服務或索取（用給您的語言或布萊葉盲文或大字體等不同格式提供的）書面資料，請先打電話給您的保健計劃，電話號碼 1-888-844-3344。會講（您的語言）的人士將為您提供協助。如需更多協助，請打電話給 HMO 協助中心，電話號碼 1-888-466-2219。（Cantonese or Mandarin）

هام: يمكنك الحصول على خدمات مترجم فوري مجاناً للتحدث مع طبيبك أو خطتك الصحية. للحصول على مترجم فوري أو لطلب معلومات مكتوبة (بلغتك أو بصيغة أخرى، مثل طريقة برايل أو بخط كبير)، اتصل أولاً برقم هاتف الخطة الصحية على 1-888-844-3344. سيساعدك شخص ما يتحدث (نفس لغتك). إذا كنت تريد المزيد من المساعدة، اتصل بمركز مساعدة HMO على الرقم 1-888-466-2219. (Arabic)

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ. Դուք կարող եք խոսել Ձեր բժշկի կամ առողջապահական ծրագրի հետ՝ օգտվելով թարգմանչի ծառայություններից առանց որևէ վճարի: Թարգմանիչ ունենալու կամ գրավոր տեղեկություն խնդրելու համար (հայերենով կամ մեկ այլ ձևաչափով, օրինակ՝ Բրայլը կամ մեծ տառաչափը), նախ զանգահարեք առողջապահական ծրագրի հեռախոսահամարով՝ 1-888-844-3344: Ցանկացած մեկը, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ: Եթե Ձեզ լրացուցիչ օգնություն է անհրաժեշտ, ապա զանգահարեք Առողջապահական օժանդակության կազմակերպության (HMO) Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: (Armenian)

ភាសាសំខាន់: អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរព្រាស់ ឬអក្សរពុម្ពផ្សំ) សូមទូរស័ព្ទទៅគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក តាមលេខ 1-888-844-3344 ជាមុនសិន។ អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចជួយអ្នកបាន។ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទទៅមជ្ឈមណ្ឌលជំនួយអង្គការថែរក្សាសុខភាព HMO តាមលេខ 1-888-466-2219។ (Khmer)

مهم: برای گفتگو با پزشک معالج یا طرح بیمه می توانید بطور رایگان مترجم حضوری داشته باشید. برای درخواست مترجم حضوری یا برای دریافت اطلاعات بصورت کتبی (به زبان خود، یا با فرمت های دیگر مانند بریل یا چاپ درشت) ابتدا با شماره تلفن طرح خود یعنی 1-888-844-3344 تماس حاصل نمایید. فردی که (زبان شما را) صحبت می کند، می تواند شما را یاری دهد. اگر به کمک بیشتر نیاز دارید با مرکز کمک رسانی اچ ام او (HMO) به شماره 1-888-466-2219 تماس حاصل نمایید. (Farsi)

TSEEM CEEB: Muaj tus neeg txhais lus pub dawb rau koj kom koj tham tau nrog koj tus kws kho mob los yog nrog lub chaw pab them nqi kho mob rau koj. Yog xav tau ib tug neeg txhais lus los yog xav tau cov ntaub ntawv (sau ua koj yam lus los sis ua lwm yam ntawv, zoo li ua lus Braille los sis ua ntawv loj loj), xub hu rau koj lub chaw pab them nqi kho mob tus xov tooj ntawm 1-888-844-3344. Yuav muaj ib tug neeg hais lus Hmoob pab tau koj. Yog koj xav tau kev pab ntxiv, hu rau HMO Qhov Chaw Txais Tos Pab Neeg ntawm 1-888-466-2219. (Hmong)

중요: 의사나 건강 플랜과 대화하실 때 무료 통역 서비스를 받으실 수 있습니다. 통역을 구하시거나 문자 정보(한국어 번역본 또는 점자나 큰 글자 같이 다른 형식으로 된 정보)를 요청하시려면, 가입하신 건강 플랜에 1-888-844-3344 로 먼저 전화하십시오. 한국어를 하는 사람이 도와드릴 수 있습니다. 도움이 더 필요하시면 HMO 도움 센터에 1-888-466-2219 로 연락하십시오. (Korean)

ВАЖНО: Вы можете бесплатно воспользоваться услугами переводчика во время обращения к врачу или в страховой план. Чтобы запросить услуги переводчика или письменную информацию (на русском языке или в другом формате, например, шрифтом Брайля или крупным шрифтом), позвоните в свой страховой план по телефону 1-888-844-3344. Вам окажет помощь русскоговорящий сотрудник. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в справочный центр Организации медицинского обеспечения (HMO) по телефону 1-888-466-2219. (Russian)

MAHALAGA: Maaari kang kumuha ng isang tagasalin nang walang bayad upang makipag-usap sa iyong doktor o planong pangkalusugan. Upang makakuha ng isang tagasalin o upang humiling ng nakasulat na impormasyon (sa iyong wika o sa ibang anyo, tulad ng Braille o malalaking letra), tawagan muna ang numero ng telepono ng iyong planong pangkalusugan sa 1-888-844-3344. Ang isang tao na nakapagsasalita ng Tagalog ay maaaring tumulong sa iyo. Kung kailangan mo ng karagdagang tulong, tawagan ang Sentro ng Pagtulong ng HMO sa 1-888-466-2219. (Tagalog)



LƯU Ý QUAN TRỌNG: Quý vị có thể được cấp dịch vụ thông dịch miễn phí khi đi khám tại văn phòng bác sĩ hoặc khi cần liên lạc với chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Để được cấp dịch vụ thông dịch hoặc yêu cầu văn bản thông tin bằng tiếng Việt hoặc bằng một hình thức khác như chữ nổi hoặc bản in bằng chữ khổ lớn, trước tiên hãy gọi số điện thoại của chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị tại 1-888-844-3344. Sẽ có người nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Nếu quý vị cần được giúp đỡ thêm, vui lòng gọi Trung tâm Hỗ trợ HMO theo số 1-888-466-2219. (Vietnamese)

ENPÒTAN: Ou kapab jwenn yon moun pou entèprete pou ou gratis pou w ka pale avèk doktè ou oswa plan sante ou. Pou jwenn yon entèprete oswa mande enfòmasyon ekri (nan lang kreyòl ayisyen oswa yon diferan fòm tankou ekri Bray oswa pi gwo lèt), rele nimewo telefòn plan sante ou a ki se 1-888-844-3344. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen kapab ede ou. Si ou bezwen plis asistans, rele HMO Help Center nan nimewo 1-888-466-2219. (Haitian Creole)

IMPORTANTE: Você pode usar um intérprete gratuitamente para falar com seu médico ou comunicar-se com seu plano de saúde. Para pedir um intérprete ou solicitar informações por escrito (no seu idioma ou em outro formato, como em Braille ou em letras grandes), primeiramente, ligue para o telefone de seu plano de saúde no número 1-888-844-3344. Uma pessoa que fala português irá atendê-lo. Se precisar de mais ajuda, ligue para o HMO Help Center no telefone 1-888-466-2219. (Portuguese)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਡਾਕਟਰ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਗੱਲ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਮੁਫਤ ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਅਨੁਵਾਦਕ ਪਾਉਣ ਲਈ ਜਾਂ ਲਿਖਤੀ ਜਾਣਕਾਰੀ (ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਜਾਂ ਵੱਖਰੇ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਜਾਂ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰ) ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ ਲਈ, ਪਹਿਲਾਂ 1-888-844-3344 'ਤੇ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਜੇ ਵੀ (ਤੁਹਾਡੀ ਭਾਸ਼ਾ) ਬੋਲੇਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹੋਰ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-888-466-2219 'ਤੇ HMO Help Center (ਐਚ.ਐਮ.ਓ. ਸਹਾਇਤਾ ਸੈਂਟਰ) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

重要 通訳を通して医師や医療保険会社とお話しいただけます。料金はかかりません。日本語でサポートを受けたり、日本語で書かれた情報を入手するには、あなたの医療保険会社(1-888-844-3344)までお電話ください。日本語が話せるスタッフがお手伝いします。さらなるサポートが必要な場合は、HMO Help Center (1-888-466-2219)までお電話ください。(Japanese)