



LIBERTY DENTAL PLAN FAMILY DENTAL HMO CALIFORNIA GROUP PLAN DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

El grupo de su empleador hace lo necesario para que su cobertura de beneficios dentales sea proporcionada por LIBERTY Dental Plan of California.

Disponibilidad de asistencia de idiomas: Los servicios de interpretación y traducción pueden estar disponibles para los miembros con dominio limitado del inglés, incluida la traducción de documentos a ciertos idiomas clave sin costo alguno. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 1-888-844-3344. Asegúrese de avisarle a su proveedor (dentista) sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

Spanish (Español)

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta noticia? Si no, alguien le puede ayudar a leerla. Además, es posible que reciba esta noticia escrita en su propio idioma sin ningún costo a usted. Para obtener ayuda gratuita, llame ahora mismo al 1-888-844-3344.

En lo sucesivo en este documento, LIBERTY Dental Plan of California, Inc. puede ser llamado “LIBERTY” o “el Plan.”

Esta EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS es solo un resumen del plan dental. Debe consultar el contrato del plan dental para determinar los términos y condiciones de cobertura exactos.

Se le proporcionará un ejemplar del contrato del plan dental si lo solicita.

UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LIBERTY DENTAL PLAN PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE EXPEDIENTES MÉDICOS ESTÁ DISPONIBLE Y SE LE ENTREGARÁ PREVIA SOLICITUD.

La **Sección I** de este documento contiene una Lista de Beneficios como referencia general y para la comparación de sus beneficios bajo este plan, seguido por un resumen de su plan de beneficios dentales.

La **Sección II** de este documento contiene definiciones de los términos utilizados en este documento.

I. INFORMACIÓN GENERAL

ESTA LISTA DE BENEFICIOS HA SIDO DISEÑADA CON LA INTENCIÓN DE AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLO UN RESUMEN. DEBE CONSULTAR EL DOCUMENTO COMBINADO DE EVIDENCIA DE COBERTURA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN, ASÍ COMO EL CONTRATO DEL PLAN, PARA UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA.

LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO			
Plan de copagos			
Los montos de Costo Compartido del Miembro describen los costos de bolsillo del afiliado.			
Tipos de beneficios		Plan dental EHB pediátrico	Plan dental para adultos
Edad		Hasta los 19 años:	De 19 años o más
Valor actuarial		84.80%	No calculado
Tipo de red		Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible individual		Ninguno	Ninguno
Deducible familiar (Dos o más hijos)		No es aplicable	No es aplicable
Máximo gasto de bolsillo individual		\$350	No es aplicable
Máximo gasto de bolsillo familiar (Dos o más hijos)		\$700	No es aplicable
Copago para el consultorio		\$0	\$0
Período de espera		Ninguno	Ninguno
Límite anual de beneficios (la cantidad máxima que pagará el plan dental en el año de beneficios)		Ninguno	Ninguno
Categoría del procedimiento	Tipo de servicios	Costos compartidos para el miembro	Costos compartidos para el miembro
Diagnóstico y servicios preventivos	Examen oral	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Preventivos - Limpieza	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Servicios preventivos - radiografías	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Sellante por diente	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Aplicación tópica de flúor	Sin costo	No se cobra si está cubierto
	Espaciador - fijo	Sin costo	No se cobra si está cubierto
Servicios básicos	Procedimientos de restauración	\$25-\$310	\$25-\$310
	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30
Servicios principales	Periodoncia (que no sea mantenimiento)	\$10-\$350	\$10-\$350
	Endodoncia	\$20-\$365	\$20-\$365
	Coronas y yesos	\$20-\$310	\$20-\$310
	Prostodoncia	\$35-\$350	\$35-\$400
	Cirugía bucal	\$40-\$350	\$35-\$350
Ortodoncia	Ortodoncia médicamente necesaria	\$350	Sin cobertura

Cada procedimiento individual dentro de cada una de las categorías indicadas anteriormente que está cubierta bajo el Programa tiene un copago específico, que se muestra en la Lista de Beneficios y en el Anexo I del documento combinado de evidencia de cobertura.

I. RESUMEN DE SU PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

A. CÓMO USAR SU PLAN DE LIBERTY DENTAL

Este folleto es su documento de evidencia de cobertura (EOC). Aquí se explica lo que LIBERTY cubre y no cubre. También lea la Lista de Beneficios, que enumera los copagos y otras cuotas. Su plan de LIBERTY Dental es un plan dental de grupo. Los planes de grupo se proporcionan a través de un grupo, como un empleador. Su grupo o empleador está comprando este beneficio dental para usted. Para ser elegible a esta cobertura, usted debe estar empleado o afiliado con el grupo o empleador que compra los beneficios dentales de LIBERTY.

B. CÓMO CONTACTAR A LIBERTY

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros está a su disposición para ayudarlo. Llámenos si tiene alguna pregunta o problema:

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110
Servicios para Miembros (número gratuito): (888) 844-3344
Sitio web: www.LIBERTYDentalPlan.com

C. ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY

LIBERTY tiene un área de servicio que cubre todo el estado de California. Esta es el área en que LIBERTY ofrece cobertura dental. Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio. Debe recibir todos los servicios dentales dentro del Área de Servicio, a menos que necesite Atención de Emergencia o Atención de Urgencia. Si se muda fuera del Área de Servicio, debe informar a LIBERTY.

D. RED DE LIBERTY

Nuestra red incluye dentistas generales y especialistas que LIBERTY ha contratado para proporcionar servicios cubiertos a los miembros en virtud del plan de beneficios. Para usar sus beneficios, su PCD y otros proveedores participantes deben proporcionarle los servicios cubiertos. Llame al 888-844-3344 para pedir un Directorio de Proveedores de LIBERTY o use el sitio web.

Si elige un proveedor no participante, tendrá que pagar todos los costos, a menos que haya recibido una aprobación previa por parte de LIBERTY o en caso requiera atención de urgencia/emergencia o atención de urgencia fuera del área. Si usted es un miembro nuevo de LIBERTY, o si LIBERTY termina el contrato con su proveedor, usted puede continuar viendo a su dentista actual en algunos casos. A esto se le llama *continuidad de la atención (consulte la página 13)*.

E. SU DENTISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCD) (consulte la página 8)

Su plan no requiere que elija y sea asignado a un PCD. Usted puede acceder a los servicios de cualquier PCD contratado en la red.

F. ASISTENCIA DE IDIOMAS Y COMUNICACIÓN

Los servicios de interpretación y traducción están disponibles para miembros con un dominio limitado del inglés, incluyendo la traducción de documentos a ciertos idiomas básicos. Si el inglés no es su lengua materna, LIBERTY ofrece servicios de interpretación y traducción de ciertos materiales escritos en su idioma preferido. Para solicitar servicios de idiomas, llame al 888-844-3344. Si tiene un idioma preferido, infórmenos sobre sus necesidades personales de idioma a través de una encuesta en línea en <https://www.libertydentalplan.com/Members/Member-Language-Survey.aspx> o al teléfono 888-844-3344. Asegúrese de avisarle a su proveedor (dentista) sobre sus necesidades personales del idioma durante su consulta dental inicial.

LIBERTY brinda servicios de asistencia del idioma en todos los puntos de contacto, incluso durante su cita dental. Si su PCD, especialista dental, o el personal de su consultorio, no pueden comunicarse con usted en su idioma preferido, LIBERTY puede coordinar los servicios de interpretación durante su cita sin costo alguno. LIBERTY pone estos servicios a su disposición incluso si un familiar o amigo que puede ayudarlo con la interpretación lo acompaña. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al 888-844-3344 para coordinar un intérprete en persona con la mayor anticipación posible a la hora de su cita, pero no menos de 72 horas desde la hora de su cita.

G. CÓMO OBTENER ATENCIÓN DENTAL CUANDO LA NECESITE

Primero, llame a su PCD para recibir toda su atención, a menos que sea una emergencia.

- Por lo general, necesita una derivación y una aprobación previa para recibir atención de un dentista que no sea su PCD. Consulte la siguiente sección.
- La atención debe ser médicamente necesaria para su salud. Su dentista y LIBERTY siguen pautas y políticas para decidir si la atención es médicamente necesaria. Si no está de acuerdo con LIBERTY acerca de si un servicio que desea es médicamente necesario, puede presentar una queja formal o, en algunos casos, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) (consulte la página 26).
- La atención dental debe ser un servicio cubierto por LIBERTY. A los servicios dentales cubiertos también se les llama beneficios. Para ver qué servicios cubre LIBERTY, consulte la Lista de Beneficios. Su Lista completa de Beneficios se proporciona con este documento al inicio del contrato, y también está disponible por separado cuando la solicite a Servicios para Miembros o a través del sitio web de LIBERTY. Cuando se requiera, la Lista de Beneficios puede adjuntarse como el Anexo 1.

H. Acceso oportuno a la atención

Tiene derecho a programar una cita con su PCD dentro de un tiempo razonable que sea apropiado para su afección:

- Las citas de emergencia están disponibles las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Comuníquese con su PCD para una cita inmediata o en caso de una situación potencialmente mortal, llame al “911”
- Las citas urgentes deben programarse dentro de las 72 horas. Hable sobre sus necesidades individuales con su PCD para determinar qué tan pronto puede ser atendido
- Las citas no urgentes deben ofrecerse dentro de los 36 días hábiles.
- Las citas de atención dental preventiva deben ofrecerse dentro de los 40 días hábiles.

Si por alguna razón no puede programar una cita dentro de estos plazos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 888-844-3344 para recibir asistencia.

I. DERIVACIONES A ESPECIALIDADES Y AUTORIZACIONES PREVIAS (consulte la página 11)

Debe obtener una derivación de su PCD y la aprobación previa de LIBERTY para recibir servicios que serán proporcionados por un especialista, para recibir una segunda opinión o para ver a un dentista que no pertenece a la red de LIBERTY. A la pre-aprobación también se le llama Autorización Previa. Asegúrese de que su PCD le proporcione una derivación y obtenga la aprobación previa de ser necesario. Si no tiene una derivación y una aprobación previa cuando se requieran, tendrá que pagar la totalidad del costo del servicio.

IMPORTANTE: No necesita una derivación y aprobación previa para consultar con su PCD u obtener atención de emergencia o atención de urgencia.

J. ATENCIÓN DE EMERGENCIA (consulte la página 10)

La Atención de Emergencia es un servicio cubierto en cualquier parte del mundo. Una condición puede considerarse como una emergencia en caso de que, sin tratamiento alguno, su salud corra grave peligro,

experimente un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. La atención de emergencia puede incluir el cuidado de una lesión grave, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. La atención de emergencia puede incluir el cuidado de una lesión grave, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. Si recibe atención de emergencia, acuda a su PCD para recibir atención de seguimiento. No regrese a la sala de emergencias para recibir atención de seguimiento.

K. ATENCIÓN DE URGENCIA (consulte la página 9)

La Atención de Urgencia está cubierta en cualquier parte del mundo. La atención de urgencia puede ser necesaria para evitar un problema de salud grave que requiera atención inmediata.

L. ATENCIÓN CUANDO ESTÁ FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO DE LIBERTY (consulte la página 9-10)

Solo se cubren la atención de emergencia y la atención de urgencia fuera del Área de Servicio de LIBERTY.

M. COSTOS (consulte la “LISTA DE BENEFICIOS” y la sección “Lo que usted paga” en la página 13)

- La prima es lo que usted o el grupo de su empleador pagan a LIBERTY para mantener la cobertura.
- Un Copago es la cantidad que usted debe pagar al Proveedor por un procedimiento cubierto específico.
- El máximo gasto de bolsillo anual es el monto máximo de dinero que un afiliado pediátrico cubierto pagará en copagos para todos los gastos permitidos, incluido los copagos de ortodoncia, en cualquier año del plan. El máximo gasto de bolsillo por un solo afiliado pediátrico será de \$350. Una familia con dos (2) o más afiliados pediátricos tendrá un máximo gasto de bolsillo combinado de \$700. Una vez que el monto pagado por todos los afiliados pediátricos alcance el máximo gasto de bolsillo que se muestra en la Lista de Beneficios, 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.
 - Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican al máximo gasto de bolsillo.
 - El límite máximo de gastos de bolsillo se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad.
 - Para verificar su gasto máximo de bolsillo, puede visitar el sitio web de LIBERTY en www.LIBERTYdentalplan.com o llame a Servicios para Miembros de LIBERTY al 888-844-3344 (número gratuito). Después.
- El deducible anual es la cantidad que paga directamente al PCD o especialista por ciertos servicios, antes de que LIBERTY comience a pagar.
- El máximo gasto anual de bolsillo es el dinero que usted debe pagar por su atención dental cubierta en un año.
- Después de que usted realiza sus Copagos, LIBERTY paga por el resto de cualquier servicio cubierto.
- Después de haber alcanzado el máximo gasto de bolsillo, LIBERTY pagará el resto del costo de los servicios para ese año, siempre y cuando el servicio que reciba sea un beneficio cubierto.

N. QUÉ HACER SI TIENE UNA QUEJA FORMAL SOBRE LIBERTY DENTAL PLAN (consulte la página 22)

LIBERTY ofrece un proceso de resolución de Quejas Formales. Usted puede presentar una queja formal (también llamada apelación o queja) ante LIBERTY por cualquier insatisfacción que tenga con LIBERTY, sus beneficios, una determinación de reclamo, una determinación de beneficios o cobertura, su PCD, especialista o cualquier aspecto de su plan de beneficios dentales.

Si no está de acuerdo con la decisión de LIBERTY sobre su queja formal, puede obtener ayuda del Centro de Ayuda HMO del estado de California. En algunos casos, el Centro de Ayuda HMO puede ayudarlo a solicitar

una Revisión Médica Independiente (IMR) o a presentar una queja. La IMR es una revisión de su caso por médicos que no son parte de su plan de salud.

II. DEFINICIONES DE TÉRMINOS ÚTILES EN ESTE DOCUMENTO

Los siguientes términos se usan en esta Evidencia de Cobertura (EOC):

- **Apelación:** Una solicitud hecha a LIBERTY por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada para revisar una acción del Plan para demorar, modificar o denegar servicios.
- **Autorización:** La notificación de aprobación por parte de LIBERTY para que usted pueda proceder con el tratamiento solicitado.
- **Beneficios:** Servicios cubiertos por su plan de LIBERTY Dental.
- **Plan de Beneficios:** El producto dental de LIBERTY que ha adquirido para tener cobertura de servicios dentales.
- **Año de beneficios:** El año de cobertura de su plan de LIBERTY Dental.
- **Cal-COBRA:** La ley estatal que exige que una persona en un pequeño grupo de 2 a 19 miembros adquiera cobertura continua cuando finaliza su empleo o la cobertura de salud de grupo patrocinada por el empleador.
- **Capitación:** Los prepagos realizados por LIBERTY a un dentista general contratado para proporcionar servicios a los miembros asignados.
- **Cargos:** Las cuotas solicitadas por servicios propuestos o servicios prestados.
- **COBRA:** La ley federal que exige que una persona adquiera cobertura continua cuando finaliza su empleo o la cobertura de salud de grupo patrocinada por el empleador.
- **Dentista general contratado:** Un dentista que ha firmado un contrato para proporcionar servicios a los miembros de LIBERTY, según las reglas y regulaciones de LIBERTY.
- **Servicios Cubiertos:** Los servicios que aparecen en este documento como un beneficio de este plan dental.
- **Copago:** Cualquier cantidad cobrada a un miembro al momento de recibir los servicios cubiertos. Las cantidades de los Copagos fijos están enumeradas en la Tabla de Beneficios.
- **Expedientes Dentales:** Se refiere a los archivos con fines de diagnóstico, radiografías intraorales y extraorales, y registros del tratamiento por escrito que incluye, entre otros, notas de progreso, gráficos dentales y periodontales, planes de tratamiento, informes de consulta u otro material escrito relacionado con el historial médico y dental de la persona, diagnóstico, condición, tratamiento o evaluación.
- **Dependiente:** Cualquier miembro elegible de la familia del suscriptor que está inscrito en LIBERTY.
- **Servicio Dental Disputado:** Cualquier servicio que es objeto de una disputa presentada, ya sea por un miembro, un proveedor que actúe en nombre de un miembro u otra persona designada autorizada.
- **Pareja doméstica:** Una persona que está en una relación comprometida para compartir la vida con el miembro.
- **Servicio/Cuidado Dental en Caso de Emergencia:** El servicio y la atención dental de emergencia incluyen pruebas dentales, exámenes, evaluación por un PCD o especialista dental para determinar si existe una afección dental de emergencia. Una condición puede considerarse como una emergencia en caso de que, sin tratamiento alguno, su salud corra grave peligro, experimente un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Las emergencias médicas no están cubiertas por LIBERTY si los servicios se proporcionan en un hospital cubierto por un plan médico, o si LIBERTY determina que los servicios no eran de naturaleza dental.
- **Inscrito:** Consulte la definición de miembro a continuación.
- **Beneficio Dental Pediátrico Esencial (EPDB):** Se refiere a los planes exigidos por la Ley del Cuidado de la Salud Asequible para proporcionar beneficios dentales pediátricos esenciales a los niños.
- **Exclusión:** Una declaración que describe uno o más servicios o situaciones en las que el Plan no proporciona cobertura para servicios dentales.

- **Dentista general:** Un dentista con licencia que ofrece servicios dentales generales y que no se identifica como un especialista.
- **Queja formal:** Cualquier expresión de insatisfacción, también conocida como queja. Consulte la sección de Quejas formales de la EOC para ver las reglas, regulaciones y procesos pertinentes.
- **Plan de grupo:** Un plan de beneficios dentales a través de un empleador o grupo de empleadores que proporciona cobertura de beneficios dentales a través de LIBERTY Dental Plan of California.
- **Revisión Médica Independiente (IMR):** Un programa de California donde ciertos servicios denegados pueden estar sujetos a una revisión externa. La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios dentro de la Red:** Los Beneficios disponibles para usted cuando recibe servicios de una **necesidad médica** contratada o medicamento **necesarios:** Un servicio cubierto que cumple con las pautas del Plan de adecuación y razonabilidad en virtud de una revisión clínica de la información presentada. Los servicios cubiertos se pueden revisar antes o después de la prestación para determinar la necesidad médica. El pago de los servicios se realiza para los servicios cubiertos que el Plan considere medicamento necesarios.
- **Miembro:** Suscriptor o dependientes elegibles que están inscritos en LIBERTY. También conocido como Afiliado.
- **Proveedor no participante:** Un PCD o especialista que no tenga contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a los miembros.
- **Período de inscripción abierta:** Un período de tiempo en cual puede iniciar o cambiar la inscripción en un plan dental.
- **Cobertura fuera del área:** Beneficios proporcionados cuando está fuera del Área de Servicio del Plan, o lejos de su PCD.
Atención de urgencia fuera del área: Servicios de urgencia que son necesarios cuando se encuentra fuera del Área de Servicio o lejos de su PCD.
- **Máximo gasto de bolsillo:** Se refiere a la cantidad máxima que gastará por servicios cubiertos cada año. Un afiliado tiene un gasto de bolsillo máximo anual de \$350 y un máximo anual familiar de \$700; todos los copagos pagados por el afiliado por servicios cubiertos, incluyendo los copagos de ortodoncia, se contabilizan para los gastos de bolsillo máximos anuales. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales, no cubiertos y materiales mejorados que no se aplican al máximo gasto de bolsillo. Se aplica a los beneficios para niños hasta los 19 años de edad únicamente. Después de alcanzar esta cantidad en gastos, todos los servicios cubiertos adicionales durante el año están cubiertos por su Plan.
- **Grupo dental participante, consultorio dental, o proveedor:** Un centro dental, dentistas y personal de consultorio dental que están bajo contrato para proporcionar servicios a los miembros de LIBERTY, de conformidad con las reglas y regulaciones de LIBERTY.
- **Plan:** LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
- **Autorización previa:** Una solicitud de servicios, presentada en su nombre, solicitando una determinación y aprobación anticipadas. También se le denomina aprobación previa.
- **Prima:** La cuota que se paga a LIBERTY para este plan de beneficios.
- **Dentista de atención primaria (PCD):** Normalmente, un dentista general afiliado a LIBERTY para brindar servicios a los miembros cubiertos bajo el plan. El PCD es responsable de brindar o coordinar los servicios dentales necesarios.
- **Servicios profesionales:** Servicios o procedimientos dentales proporcionados por un dentista con licencia o asistentes aprobados.
- **Proveedor:** Un dentista contratado que proporciona servicios bajo contrato con LIBERTY
- **Especialista:** Un dentista que ha recibido capacitación avanzada en una de las especialidades dentales aprobadas por la Asociación Dental Americana (ADA) como una especialidad dental, y que ejerce como especialista. Algunos ejemplos son endodoncista, cirujano oral y maxilofacial, periodoncista y odontopediatra.
- **Suscriptor:** Miembro, afiliado o “usted” tienen el mismo significado en este documento.
- **Recargo:** Un monto que se cobra, además del copago indicado, por un servicio o prestación solicitados.

- **Proveedor cuyo contrato ha finalizado:** Un dentista que anteriormente tuvo contrato con LIBERTY para proporcionar servicios a miembros del Plan.
- **Área de Servicio:** Los condados de California donde LIBERTY ofrece cobertura.
- **Atención de urgencia:** Es la atención que necesita a la brevedad para evitar un problema de salud grave.
- **Cargos habituales:** Cargo habitual de un dentista por un servicio
- **Usted:** Pertenece a los miembros, incluidos los hijos dependientes cubiertos, en los planes de beneficios pediátricos esenciales quienes son los beneficiarios de este plan de beneficios dentales.

III. ACCESO A SERVICIOS - CONSULTAS CON UN DENTISTA

LIBERTY tiene contratos con dentistas generales y especialistas para proporcionar servicios cubiertos por su plan. Contáctenos llamando al número gratuito 888-844-3344, o en nuestro sitio web, www.libertydentalplan.com, para encontrar un dentista en su área. Todos los servicios y beneficios descritos en esta publicación están cubiertos solo si los proporciona un PCD o especialista contratado. La única situación en la que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia como se describe en este documento bajo “**Atención Dental de Emergencia**” o “**Atención de Urgencia.**”

A. INSTALACIONES DE CONSULTORIOS DENTALES

LIBERTY pone a su disposición PCD y especialistas en todo el estado de California dentro de una distancia razonable a su hogar o lugar de trabajo. Póngase en contacto con LIBERTY llamando al número gratuito **888-844-3344**, o en nuestro sitio web, www.libertydentalplan.com, para encontrar un dentista en su área.

Nuestra meta es proporcionarle beneficios dentales apropiados, brindados por profesionales dentales altamente calificados, en un lugar cómodo. Todos los dentistas contratados de LIBERTY que trabajan de manera privada en sus propios consultorios deben cumplir con los criterios de acreditación de LIBERTY antes de unirse a nuestra red. Además, cada dentista participante debe adherirse a las pautas estrictas del contrato. Todos los dentistas pasaron por una evaluación previa y pasan revisiones con regularidad.

LIBERTY realiza un programa de evaluación de la calidad, el cual incluye la administración continua del contrato para asegurar que los dentistas cumplan con la educación continua, la accesibilidad a los miembros, el diagnóstico adecuado y la planificación del tratamiento. Su PCD le proporcionará toda la atención dental necesaria, incluyendo derivaciones a especialistas si es necesario. Todos los miembros deben tener un consultorio de PCD dentro en un radio de treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo.

B. EDUCACIÓN DE SALUD DENTAL

Para obtener más información sobre cómo usar sus beneficios dentales, visite el sitio web www.libertydentalplan.com. El sitio web contiene más información útil sobre salud dental y oral para ayudarlo a evaluar el riesgo de enfermedades dentales futuras, y sobre las medidas de cuidados en el hogar que puede tomar para mantener sus dientes y boca saludables. Es importante saber que el estado de sus dientes, encías y boca puede tener un efecto en su salud general total. La información sobre cómo su salud oral puede afectar sus condiciones generales de salud como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, embarazo, salud antes y después del embarazo, así como otras condiciones de salud, se puede encontrar en el sitio web.

C. ELECCIÓN DE PROVEEDORES LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUÉ PROVEEDOR PUEDE OBTENER SERVICIOS DENTALES

1. **Odontología general/Dentista de atención primaria (PCD):** Su plan no requiere la asignación al consultorio de un proveedor, con la finalidad de acceder a la atención conforme a alguno de estos planes, comuníquese con cualquier proveedor de LIBERTY Dental Plan que tenga contrato para proporcionarle servicios de acuerdo con su plan seleccionado para programar una cita. El PCD se comunicará con LIBERTY Dental Plan para verificar su elegibilidad. Puede obtener información sobre los proveedores contratados por teléfono o en nuestro sitio web. Consulte la Lista de Beneficios para determinar si su plan requiere que elija y sea asignado a un PCD, o si puede acceder a los servicios de cualquier PCD contratado en la red.
2. **Atención de un especialista dental:** Puede obtener atención de un especialista dental solo después de que su PCD haya enviado a LIBERTY la derivación a un especialista para su aprobación. Solo puede recibir los servicios de un especialista dental que hayan sido autorizados previamente por LIBERTY. Su especialista presentará a LIBERTY una autorización previa de los servicios para su autorización previa.

Todos los servicios y beneficios descritos en esta publicación están cubiertos solo si los proporciona un PCD o especialista contratado por LIBERTY. Los servicios recibidos por un proveedor no participante no están cubiertos. La única vez que puede recibir atención fuera de la red es para servicios dentales de emergencia, tal como se describe en “**Atención Dental de Emergencia.**”

D. TELEODONTOLOGÍA

La teleodontología es un Servicio Dental Virtual, disponible las veinticuatro (24) horas del día, los siete (7) días de la semana, como una solución alternativa para ayudarlo a controlar su salud bucal, especialmente cuando usted y el dentista no pueden estar en la misma ubicación física. Puede contactar a nuestros dentistas por teléfono y computadora desde cualquier lugar para atender necesidades dentales urgentes y de emergencia. LIBERTY cubre los servicios de teleodontología para ayudar a mejorar el acceso y la continuidad de la atención dental para nuestros miembros. No hay diferencia en su cobertura dental para teleodontología. Los mismos beneficios están disponibles para teleodontología como para las consultas presenciales.

Su dentista puede determinar a través de una consulta si tiene un problema dental de emergencia y puede brindarle instrucciones sobre cómo tratar las afecciones. Si tiene un diente agrietado o astillado, una lesión en los tejidos blandos (bulto en las encías), una pequeña caries, dolor en la mandíbula o una afección similar que no sea de emergencia, una consulta de teleodontología por teléfono o video puede serle útil. Si necesita tratamiento urgente, debe programarlo para una consulta presencial.

Póngase en contacto con su PCD si experimenta dolor dental o una posible emergencia dental. Si su PCD no está disponible, póngase en contacto con el número gratuito de LIBERTY para recibir asistencia a través del programa de teleodontología. Si una consulta presencial es necesaria, las visitas de emergencia dental son coordinadas por el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY.

Si está experimentando una emergencia potencialmente mortal, comuníquese de inmediato con el 911.

E. ATENCIÓN DE URGENCIA

La atención de urgencia es la atención que usted necesita dentro de las siguientes 72 horas para prevenir el grave empeoramiento de su salud dental como resultado de una enfermedad o lesión imprevista, cuyo tratamiento no se puede demorar. LIBERTY proporciona cobertura para servicios dentales de urgencia solo si estos se requieren para aliviar el dolor intenso o sangrado, o si un miembro cree razonablemente que la condición, si no es diagnosticada o tratada, puede derivar en una discapacidad, disfunción o la muerte.

Comuníquese con su PCD para sus necesidades de urgencia durante el horario de oficina o fuera de este. Si se encuentra fuera del Área de Servicio, puede comunicarse con LIBERTY para su derivación a otro dentista contratado que pueda tratar su condición urgente. Para la atención de urgencia después del horario de oficina y fuera del área de servicio, puede buscar un dentista que esté disponible para atenderlo. LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75), menos los copagos correspondientes por año calendario. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios de urgencia, preferentemente dentro de las siguientes 48 horas. Si LIBERTY determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, no se cubrirán los servicios de cualquier proveedor no participante y usted no será elegible para el reembolso.

F. ATENCIÓN DENTAL DE EMERGENCIA

Todos los consultorios PCD afiliados con LIBERTY proporcionan Servicios Dentales de Emergencia las veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana. LIBERTY brinda cobertura para servicios dentales de emergencia en caso que, sin tratamiento, su salud puede estar en grave peligro, puede experimentar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. La atención de emergencia puede incluir el cuidado de una lesión grave, dolor intenso o una enfermedad dental grave repentina. También puede considerar ponerse en contacto con el sistema de respuesta de emergencias “911.”

En caso de que necesite atención dental de emergencia, comuníquese con su PCD para programar una cita de inmediato. Para condiciones dentales de urgencia o inesperadas que ocurren después de horas de oficina o en los fines de semana, comuníquese con su PCD para instrucciones sobre qué hacer.

Si su PCD no está disponible, o si usted está fuera del Área de Servicio y no puede ponerse en contacto con LIBERTY para obtener ayuda para ubicar otro consultorio dental contratado, póngase en contacto con cualquier dentista con licencia para recibir atención de emergencia. LIBERTY le reembolsará los gastos dentales cubiertos hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75), menos los copagos correspondientes. Debe informar a LIBERTY tan pronto como sea posible después de recibir los servicios dentales de emergencia, preferentemente dentro de las siguientes 48 horas. Si se determina que su tratamiento no se debió a una emergencia dental, no se cubrirán los servicios de un proveedor no participante.

Servicio Dental de Emergencia (cubierto por su plan dental de LIBERTY), como lo define la Ley de California, incluye una revisión dental, examen, evaluación por un dentista o especialista para determinar si existe la condición dental de emergencia y para proporcionar la atención considerada de acuerdo con los estándares profesionales de atención dental, con la finalidad de aliviar cualquier síntoma de emergencia en un consultorio dental/clínica y sala de emergencias en un hospital.

Los servicios dentales de emergencia pueden ser un beneficio permitido, de acuerdo con la lista de beneficios. LIBERTY proporcionará beneficios para dichos servicios dentales de emergencia y garantizará la disponibilidad de un proveedor en caso de que un proveedor de guardia de la red no esté disponible en un entorno dental u hospital. LIBERTY no cubre los servicios que LIBERTY determina que no eran de naturaleza dental.

Reembolso por atención dental de emergencia: Si se satisfacen los requerimientos bajo la sección titulada “Atención Dental de Emergencia”, LIBERTY cubrirá hasta \$75 por tales servicios por año calendario. Si usted paga una factura por atención dental de emergencia que tiene cobertura, envíe una copia de la factura pagada a LIBERTY Dental Plan, Claims Department, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

Incluya una copia del reclamo del consultorio del proveedor o una declaración legible de los servicios/factura. Envíela a LIBERTY Dental Plan junto con la siguiente información:

- Su información de membresía.
- Nombre de la persona que recibió los servicios dentales de emergencia.
- Nombre y dirección del dentista que proporcionó el servicio dental de emergencia.
- Una declaración explicando las circunstancias de esta consulta de emergencia.

Si se necesita información adicional, se le notificará por escrito. Si alguna parte de su reclamo es denegada, usted recibirá una explicación de los beneficios (EOB) por escrito dentro de los 30 días de la fecha en que LIBERTY recibió su reclamo, que incluirá:

- La razón de la denegación.
- Referencia a las disposiciones pertinentes de la EOC en las que se basa la denegación.
- Aviso de su derecho a solicitar una reconsideración de la denegación y una explicación del procedimiento para presentar Quejas Formales. También puede consultar la sección de la EOC, PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES, más adelante.

G. SEGUNDA OPINIÓN

Usted puede pedir una segunda opinión, sin costo alguno, para los servicios cubiertos por su plan, llamando al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros (888) 844-3344 o escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. Su PCD también puede solicitar una segunda opinión dental en su nombre al presentar un formulario de derivación de especialidad estándar o de ortodoncia, junto con las radiografías correspondientes. Todas las solicitudes de una segunda opinión dental son procesadas por LIBERTY dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores de haber recibido la solicitud, o dentro de las 72 horas siguientes para los casos que implican una amenaza inminente y grave a su salud, que incluye, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, una extremidad o una función física importante.

En cuanto sea aprobada, LIBERTY hará los arreglos necesarios para la segunda opinión dental y le informará a su dentista tratante sobre sus preocupaciones. Luego se le avisará de los arreglos para que pueda programar una cita. Si lo solicita, puede obtener una copia de la descripción de la política de LIBERTY sobre segundas opiniones dentales.

H. DERIVACIÓN A UN ESPECIALISTA

En caso de que necesite ser visto por un especialista, LIBERTY requiere que su PCD obtenga una autorización previa. La solicitud de autorización previa se responderá dentro de los siguientes cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de la solicitud, a menos que sea urgente. En el caso de una solicitud urgente, su PCD puede llamar a la Unidad de Derivaciones de LIBERTY al (800) 268-9012 para enviar una solicitud de autorización previa a un especialista.

- Si su solicitud de autorización previa para un especialista es denegada o si no está satisfecho con la autorización previa, tiene derecho a presentar una queja formal. Consulte la sección X de la EOC “PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES”, en la página 22.
- Si su PCD tiene dificultad para localizar a un especialista en su área, comuníquese con Servicios para Miembros de LIBERTY para recibir ayuda y localizar a un especialista.
- Los servicios especializados y los planes de tratamiento que están preautorizados y que LIBERTY determina que son médicamente necesarios, solo están disponibles con el especialista que solicitó los servicios. Los planes de tratamiento y los servicios especializados no son transferibles de un especialista a otro, a menos que ambos especialistas estén de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto.
- Si no puede acceder a los servicios especializados dentro de la red en un período de tiempo o ubicación razonables (según lo determinado por el requisito de acceso publicado), puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener ayuda para encontrar otro Especialista dentro de la red, o para hacer los arreglos necesarios para acceder a la atención de un Especialista fuera de la red.

- Todos los cuidados especializados deben ser autorizados previamente para determinar la cobertura, los beneficios, la necesidad médica y/o la adecuación a las condiciones presentes. Usted sería económicamente responsable solo del copago indicado por los servicios cubiertos. También sería económicamente responsable de la tarifa habitual del especialista por los servicios no cubiertos y electivos o por servicios que no se consideren necesarios por razones médicas después de la revisión de LIBERTY.

I. AUTORIZACIÓN, MODIFICACIÓN O DENEGACIÓN DE SERVICIOS

No es necesario obtener autorización previa para recibir servicios dentales de su PCD. El PCD tiene la autoridad para hacer la mayoría de las determinaciones de cobertura. Las determinaciones de beneficio se logran mediante evaluaciones orales integrales, que están cubiertas por su plan. Su PCD es responsable de comunicarle los resultados de su evaluación oral integral y de avisarle de los beneficios disponibles y los costos asociados.

La derivación a un especialista es la responsabilidad de su PCD contratado y asignado (consulte la sección Derivación a un Especialista descrita anteriormente).

Cualquier servicio recomendado por un especialista, a quien ha sido derivado, debe tener autorización previa antes de brindar la atención, a excepción de los servicios dentales de emergencia (Atención Dental de Emergencia y Servicios de Urgencia descritos anteriormente).

Usted, su PCD o su especialista pueden llamar a Servicios para Miembros al número gratuito 1-888-844-3344 para obtener información sobre las políticas de Autorización Previa de servicios, procedimientos o el estado de una derivación o Autorización Previa específica.

La derivación a un especialista y la autorización previa de servicios especializados se procesan dentro de 5 días calendario a partir de la recepción de toda la información necesaria para tomar la determinación. Cuando LIBERTY no pueda tomar la determinación dentro de los siguientes 5 días calendario, LIBERTY notificará a su PCD o especialista y a usted sobre la información necesaria para completar la revisión y la fecha prevista de cuándo se tomará la determinación.

Cualquier denegación, demora o modificación de los servicios será por escrito e incluirá una descripción clara y concisa de los criterios de revisión de utilización, las pautas, la razón clínica o la sección contractual de la documentación de cobertura que se usaron para tomar tal determinación. Dichas determinaciones incluirán el nombre y teléfono del profesional de la salud responsable de la determinación, así como la información sobre cómo usted puede presentar una apelación.

J. Solicitudes urgentes

Si usted o su PCD enfrentan una condición urgente donde existe una amenaza inminente y grave para su salud, que incluye, entre otros, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, o si el tiempo normal para el proceso de toma de decisiones como se describió anteriormente sería perjudicial para su vida o salud, la respuesta a esta solicitud de derivación no debe exceder las setenta y dos (72) horas a partir del momento en que se recibe dicha información, según la naturaleza de la condición de urgencia o de emergencia.

La decisión de aprobar, modificar o denegar será comunicada al PCD dentro de las veinticuatro (24) horas de la decisión. En casos donde la revisión sea retrospectiva (servicios que ya se proporcionaron), la decisión se le comunicará a usted por escrito dentro de los treinta (30) días a partir de la recepción de la información.

K. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Miembros actuales: Un miembro actual puede tener el derecho de recibir el beneficio de completar su atención con el proveedor, cuyo contrato ha finalizado, para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-844-3344 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política de LIBERTY sobre la continuidad de la atención. Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con el proveedor cuyo contrato ha finalizado. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra política o si no podemos llegar a un acuerdo con el proveedor, cuyo contrato ha finalizado, respecto a los términos sobre su atención de acuerdo con las leyes de California.

Miembros nuevos: Un miembro nuevo puede tener el derecho de recibir el beneficio calificado de completar la atención de su proveedor no participante para ciertas condiciones dentales agudas o crónicas graves. Llame a Servicios para Miembros al 1-888-844-3344 para ver si podría ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de la política de LIBERTY sobre la continuidad de la atención. Debe presentar una solicitud específica para continuar la atención con su proveedor actual. No estamos obligados a continuar su atención con ese proveedor si usted no es elegible bajo nuestra política o si no podemos llegar a un acuerdo con su proveedor sobre los términos referentes a su atención de acuerdo con las leyes de California.

IV. CUOTAS Y CARGOS - LO QUE USTED PAGA

A. PRIMAS Y CUOTAS DE PRE-PAGO

En la mayoría de los casos, su empleador hará los pagos de su prima directamente a LIBERTY. En algunos casos, usted hará los pagos a su empleador (consulte la sección "COBRA y Cal-COBRA") o se programará la deducción de la nómina para pagar la prima. Su empleador pagará a LIBERTY la prima cobrada.

Los pagos de las primas se pagan directamente a Covered California por parte de su empleador o grupo. Su prima y los términos de pago, incluida la dirección postal para los pagos, se dan directamente a su empleador o administrador del grupo. Si se requiere la divulgación de esta información, se incluye en el Anexo 2.

Las primas deben pagarse para el período en que se reciben los servicios.

B. CAMBIOS EN LOS BENEFICIOS Y LAS PRIMAS

La renovación y los cambios en los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de Covered California.

LIBERTY Dental Plan puede cambiar los Beneficios cubiertos, Copagos y Primas de vez en cuando. LIBERTY no reducirá los Beneficios cubiertos ni aumentará la Prima durante el plazo del acuerdo sin antes notificarle a usted por lo menos sesenta (60) días antes del cambio propuesto.

En el momento de la renovación, LIBERTY puede cambiar la prima, y su empleador le avisará con 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en la prima que pueda afectarlo.

C. OTROS CARGOS

Usted es responsable solo de las primas y copagos indicados de los servicios cubiertos. Usted puede ser responsable de otros cargos por servicios no cubiertos u opcionales, como se describe en esta EOC. Debe hablar sobre cualquier cargo por servicios no cubiertos u opcionales directamente con su PCD o especialista. Para evitar malentendidos financieros, quizás desee obtener un documento de divulgación por escrito sobre todos los servicios propuestos o recibidos, ya sea que estén cubiertos o no.

Si recibe servicios que requieren la Autorización Previa sin la autorización necesaria (excepto servicios de Atención de Emergencia o de Urgencia que sean médicamente necesarios), usted será responsable del pago completo de la cuota habitual del PCD o especialista por dichos servicios.

IMPORTANTE: Usted puede ser responsable por cargos adicionales de cheques devueltos o rechazados, pagos con tarjetas de crédito canceladas, cargos por citas canceladas o perdidas. Usted y su PCD o especialista acuerdan mutuamente los cargos, de conformidad con los acuerdos comerciales y divulgaciones realizadas por el proveedor tratante. LIBERTY no tiene jurisdicción sobre las políticas internas del consultorio o los acuerdos comerciales mutuamente acordados entre usted y su PCD o especialista.

D. RESPONSABILIDAD DE PAGOS

En la mayoría de los casos, su empleador hará los pagos de su prima directamente a LIBERTY. En algunos casos, usted hará los pagos a su empleador (consulte la sección "COBRA y Cal-COBRA") o se programará la deducción de la nómina para pagar la prima. Usted es responsable del pago de las primas y copagos enumerados para cualquiera de los servicios cubiertos sujetos a las limitaciones y exclusiones de su plan.

Usted es responsable de pagar la cuota habitual del PCD o especialista en las siguientes situaciones:

- Servicios no cubiertos
- Servicios completados con un consultorio, un PCD o un especialista no contratados
- Servicios completados antes o sin requerimiento de una autorización previa de LIBERTY
- Servicios completados fuera del área, que LIBERTY determinó que no califican como servicios de atención de emergencia o de urgencia, incluidos, entre otros, tratamientos de rutina que no se completaron para tratar una situación dental de emergencia.
- Los servicios de emergencia pueden estar disponibles fuera de la red o sin autorización previa en algunas situaciones (consulte la sección Atención Dental de Emergencia descrita anteriormente).

IMPORTANTE: Antes de que le proporcionen servicios no cubiertos, su PCD o especialista debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo estimado. Si le gustaría obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 888-844-3344.

Usted no será responsable financieramente por ningún dinero adeudado a algún PCD o especialista contratado por LIBERTY. En caso de que LIBERTY no pague a un proveedor no participante, usted puede ser responsable por el costo de los servicios que recibió.

IMPORTANTE: Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o especialista puede cobrarle su tarifa habitual por dichos servicios. Antes de brindar a un miembro servicios dentales que no son un beneficio cubierto, el PCD o especialista debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 888-844-3344 o al Administrador de Beneficios. Para comprender completamente su cobertura, tal vez desee revisar detenidamente este documento de Evidencia de cobertura.

E. REEMBOLSO DE PROVEEDORES

LIBERTY paga por los servicios cubiertos a los PCD y especialistas contratados a través de una variedad de arreglos, que incluyen capitación, pago por servicio y subpagos suplementarios. El reembolso varía según el área geográfica, el dentista general, el especialista dental y el código del procedimiento. Para obtener más información sobre los reembolsos, puede enviar una solicitud por escrito a LIBERTY a LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110.

V. ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

A. QUIÉN ES ELEGIBLE PARA INSCRIBIRSE

Como Empleado o Miembro del Grupo, usted y sus dependientes elegibles pueden inscribirse en su plan dental. Usted debe vivir o trabajar en el Área de Servicio del plan. Puede inscribir a:

- Su cónyuge
- Nuevos dependientes, tales como nuevo cónyuge, hijos adoptados o recién nacidos que sean elegibles después de su fecha efectiva de cobertura
- Un hijo dependiente inscrito que cumpla 26 años durante un año de beneficios puede permanecer inscrito como dependiente hasta el final de ese año de beneficios. La cobertura de dependientes finalizará el último día del año de beneficios durante el cual el hijo dependiente no será elegible, a menos que se cumplan ambos requisitos a continuación:
 - El dependiente es incapaz de tener un empleo autosustentable debido a una lesión, enfermedad o afección física o mental incapacitante; Y
 - El dependiente depende principalmente del suscriptor para apoyo y cuidado.

B. QUIÉN TIENE DERECHO A LOS BENEFICIOS

Si LIBERTY recibe su solicitud dental completa de Covered California y su compromiso de pago inicial antes del 15.º día del mes efectivo, usted puede recibir atención el mismo día en que Covered California lo considere elegible. Puede llamar a su dentista seleccionado en cualquier momento después de la fecha efectiva de su cobertura. Asegúrese de identificarse como miembro de LIBERTY cuando llame al dentista para programar su cita. También le aconsejamos que lleve esta EOC o la Lista de Beneficios y las Limitaciones y Exclusiones aplicables del Anexo 1 cuando vaya a su cita. De esta manera, puede consultar los Beneficios y los Copagos aplicables que son los gastos de bolsillo asociados a su plan, así como cualquier tratamiento no cubierto.

VI. SERVICIOS CUBIERTOS

Usted está cubierto para los servicios y procedimientos dentales que se indican a continuación cuando sean médicamente necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente, y sujetos a las Limitaciones y Exclusiones que se describen para cada categoría y para todos los servicios. Consulte la Lista de Beneficios (Anexo 1) para obtener una lista detallada de los servicios cubiertos específicos y los copagos aplicables a cada uno, así como una lista de las exclusiones y limitaciones que se aplican a todos los servicios dentales cubiertos bajo su plan de LIBERTY Dental.

A. SERVICIOS DENTALES DE DIAGNÓSTICO

Los servicios dentales de diagnóstico son los que se emplean para diagnosticar su condición dental y ayudar a determinar el tratamiento médicamente necesario, de conformidad con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente.

Tiene cobertura para los servicios dentales de diagnóstico que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

B. SERVICIOS DENTALES PREVENTIVOS

Los servicios dentales preventivos son los que se emplean para mantener una buena salud dental o para evitar el empeoramiento de su condición dental cuando se determinen médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales preventivos que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

C. SERVICIOS DENTALES DE RESTAURACIÓN

Los servicios dentales de restauración son aquellos que se emplean para reparar y restaurar sus dientes a una condición saludable cuando se consideran necesarios para su salud dental, de acuerdo con los estándares de la práctica reconocida profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales de restauración que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

D. SERVICIOS DE ENDODONCIA

Los servicios dentales de endodoncia incluyen procedimientos de conductos radiculares, que implican el tratamiento de la pulpa, conductos y las raíces cuando se determinen médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales de endodoncia que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

E. SERVICIOS PERIODONTALES

Los servicios dentales periodontales implican el tratamiento y manejo de las encías y el hueso que sostiene los dientes cuando se determinan médicamente necesarios, de acuerdo con los estándares de práctica reconocidos profesionalmente:

Tiene cobertura para los servicios dentales periodontales que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

F. SERVICIOS DE PROSTODONCIA

Los servicios dentales de prostodoncia incluyen el reemplazo de los dientes perdidos con un aparato removible (dentadura removible) o fijo (puente fijo) y el mantenimiento de los mismos.

Tiene cobertura para los servicios dentales de prostodoncia que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

G. SERVICIOS DE CIRUGÍA ORAL

Los servicios dentales de cirugía oral incluyen la extracción de dientes y otros procedimientos quirúrgicos que se enumeran en la Lista de Beneficios.

Tiene cobertura para los servicios dentales de cirugía oral que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

H. SERVICIOS DENTALES COMPLEMENTARIOS

Los servicios dentales complementarios incluyen sedación profunda (anestesia) durante servicios dentales aprobados, protectores bucales y otros procedimientos, que se enumeran en la Lista de Beneficios.

Tiene cobertura para los servicios dentales complementarios que figuran en el Anexo 1, junto con las Limitaciones y Exclusiones relacionadas.

I. SERVICIOS DE ORTODONCIA

Los servicios dentales de ortodoncia incluyen la colocación de frenillos para enderezar los dientes y el tratamiento de las discrepancias en la relación de la mordedura de los dientes y las mandíbulas. Consulte el Anexo 1 para ver una lista de los servicios de ortodoncia cubiertos proporcionados por su Plan de Beneficios, así como cualquier Limitación y Exclusión pertinente.

VII. LIMITACIONES, EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y REDUCCIONES

Consulte el Anexo 1 para ver las limitaciones de los servicios cubiertos y las exclusiones de los beneficios de su plan.

A. EXCLUSIONES GENERALES

LIBERTY no cubrirá:

- La atención que recibe de un PCD o especialista que no tiene contrato con LIBERTY, a menos que tenga la aprobación previa de LIBERTY o necesite Atención de Urgencia o Emergencia fuera del Área de Servicio de LIBERTY
 - La atención que no sea médicamente necesaria.
 - Los exámenes que necesita solo para conseguir trabajo, asistir a la escuela, hacer un deporte u obtener una licencia o certificación profesional.
 - Los servicios ordenados para usted por un tribunal, a menos que sean médicamente necesarios y estén cubiertos por LIBERTY
 - El costo de copiar sus registros dentales con su PCD o especialista
 - Los gastos de traslado, tales como taxis y pasajes de autobús, para ver a un médico o recibir atención médica.
 - Otras exclusiones se enumeran en su Lista completa de Beneficios junto con este documento al inicio del contrato, y están disponibles por separado cuando lo solicite.
- **IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos bajo este plan, el PCD o especialista puede cobrarle su tarifa habitual por dichos servicios. Antes de completar cualquier servicio que no esté cubierto bajo este Plan, el PCD o especialista debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya cada servicio recomendado a ser completado y el costo aproximado de cada uno de ellos. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al teléfono (888) 844-3344 o hablar con su administrador de beneficios. Para comprender completamente su cobertura, revise detenidamente esta EOC.

B. CITAS PERDIDAS

LIBERTY recomienda encarecidamente que si necesita cancelar o reprogramar una cita con su PCD o especialista, notifique al consultorio dental con la mayor anticipación posible, pero a más tardar 72 horas antes de su cita. Esto permitirá al PCD o especialista programar a otra persona que necesite atención. Los consultorios dentales pueden cobrar una cuota por citas perdidas o canceladas sin la anticipación recomendada.

VIII. TERMINACIÓN, RESCISIÓN Y CANCELACIÓN DE LA COBERTURA

A. TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Terminación por pérdida de elegibilidad

Su Plan LIBERTY podrá ser finalizado por Covered California, su empleador o grupo que se suscribe a LIBERTY para cobertura dental. Si esto sucede, recibirá un aviso a través de su empleador o administrador del grupo al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia. La cobertura para sus dependientes también terminará.

La cobertura de su Plan de LIBERTY también puede terminar si deja su trabajo o ya no trabaja las horas suficientes para estar en el plan de su empleador. En este caso, la cobertura de sus dependientes también terminará.

Su cobertura del Plan de LIBERTY también puede terminar si ya no vive o trabaja en el área de servicio de LIBERTY o si su empleador o grupo deja de ofrecer algún plan dental.

1. Cancelación debido a la falta de pago de la prima

Si su empleador o grupo no paga la prima, LIBERTY enviará un Aviso de inicio del período de gracia a su empleador o grupo para informar que la prima está vencida.

Si las Primas no se pagan de acuerdo con este contrato, el contrato será terminado a partir de la medianoche del último día del período de gracia de 30 días, sujeto al cumplimiento de requerimientos de aviso y aceptación de LIBERTY. Los miembros reciben un período de gracia de al menos 30 días consecutivos, a partir de la fecha especificada en el Aviso de inicio del período de gracia.

La cobertura continuará ininterrumpida bajo el contrato del Plan durante el período de gracia. Si no se pagan las primas, la cobertura terminará después de la finalización del período de gracia seguido de un aviso por escrito de la cancelación al suscriptor. El aviso por escrito indicará el motivo de la cancelación y el período de tiempo en que la cancelación se hizo efectiva.

2. Finalización del tratamiento en curso después de la terminación

Si usted termina su cobertura del Plan mientras el contrato entre usted y LIBERTY está vigente, su PCD o especialista deben completar cualquier procedimiento en curso que haya empezado antes de que usted terminara su contrato, y cumplir con los términos y las condiciones del Plan.

Si usted termina su cobertura del Plan después del inicio de tratamiento de ortodoncia, será responsable por los cargos restantes del tratamiento de ortodoncia.

3. Terminación por fraude

Si un miembro permite que alguna otra persona utilice su tarjeta de identificación para obtener servicios bajo este plan dental, o de alguna forma se ve involucrado en fraude o engaño al presentar a LIBERTY u otro consultorio dental información “material” incompleta o incorrecta que afectaría la información de inscripción, para el uso de servicios o instalaciones del plan, o deliberadamente permite tal fraude o engaño por otra persona, se terminará el contrato inmediatamente en cuanto LIBERTY Dental Plan se lo comunique.

4. Terminación debido al estado de salud

LIBERTY no cancela coberturas debido al estado de salud. Si usted cree que su cobertura se ha terminado debido a su estado de salud o las necesidades de servicios de atención de salud, puede solicitar una revisión realizada por el Director del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Si el Director determina que existe una queja que se ajusta a las disposiciones de esta sección, el Director notificará al plan. Dentro de los 15 días de la fecha en que recibimos dicho aviso, LIBERTY solicitará una audiencia o restablecerá la cobertura del miembro. El restablecimiento será retroactivo al momento de la cancelación o la falta de renovación.

LIBERTY será responsable por los gastos incurridos por el miembro por los servicios de atención dental cubiertos desde la fecha de cancelación o no renovación hasta la fecha de la reincorporación. Puede comunicarse con el DMHC llamando al 1-888-466-2219 o a la línea TDD al 1-877-688-9891 para las personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio web del DMHC es www.dmhc.ca.gov.

B. FECHA EFECTIVA DE LA TERMINACIÓN

La cobertura puede terminarse, cancelarse o no renovarse después de 15 días desde la fecha de notificación de la terminación, excepto cuando se trate de un fraude o engaño, como se indicó anteriormente, en cuyo caso entraría en vigor inmediatamente al momento de la notificación.

C. DESAFILIACIÓN

Puede cancelar su inscripción de LIBERTY en cualquier momento, con al menos catorce (14) días calendario de anticipación, comunicándose con Covered California o LIBERTY por teléfono o por escrito. La cancelación de la inscripción es efectiva en la fecha especificada o catorce (14) días después de que se solicite la cancelación, si no se proporciona un aviso razonable de tiempo. En el caso de que primero se notifique a LIBERTY sobre la cancelación de la inscripción, dicha notificación se enviará a Covered California.

D. RESCISIÓN

Rescisión significa que LIBERTY puede cancelar su cobertura como si ésta nunca hubiera existido. LIBERTY puede rescindir solo en caso de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales. Esto incluye, pero no se limita a, el envío intencional de información incompleta o incorrecta en su solicitud de inscripción que hubiera afectado nuestra decisión de aceptarlo como miembro cubierto. Tiene el derecho de apelar cualquier decisión de rescindir su membresía. Los procedimientos de apelación le serán proporcionados junto con el aviso de rescisión.

IX. RENOVACIÓN Y REINCORPORACIÓN DE LA COBERTURA

Su cobertura se renovará automáticamente en los mismos términos y condiciones, a menos que Covered California nos notifique que ya no es elegible para la cobertura. LIBERTY le notificará por escrito, al menos 30 días calendario antes de finalizar el plazo de su cobertura, sobre cualquier cambio en la Prima, la cobertura u otros términos o condiciones de su cobertura.

CONTINUACIÓN INDIVIDUAL DE COBERTURA DENTAL (COBRA, CAL-COBRA, COBERTURA DE CONVERSIÓN E HIPAA)

A. COBRA

Para obtener más información sobre COBRA, llame al número gratuito de la Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado (EBSA) al 1-866-444-3272.

- COBRA es una ley estadounidense que se aplica a los empleadores que tienen 20 o más empleados en su plan de salud colectivo.
- COBRA puede permitir que Usted y sus Dependientes mantengan la cobertura de LIBERTY hasta por 18 o 36 meses, dependiendo del evento que califica y otras circunstancias. Si ya no es elegible para COBRA después de 18 meses, quizás pueda mantener sus beneficios a través de Cal-COBRA. Consulte la información más adelante.
- Cada persona que califique puede, independientemente, elegir/inscribirse en la cobertura de COBRA. Un padre o tutor legal puede elegir la cobertura COBRA para un menor de edad.
- Con COBRA, tiene los mismos beneficios que los miembros actuales con cobertura de LIBERTY.
- Debe pagar la totalidad de la prima mensual.

Importantes fechas límite para elegir/inscribirse en COBRA con LIBERTY Dental Plan:

Es importante cumplir con los siguientes plazos. Si no lo hace, pierde el derecho a la cobertura de COBRA.

- i. Notificación de un evento que califica:** Los empleadores deben notificar a LIBERTY dentro de los siguientes 30 días cuando ocurran los siguientes eventos que califican:
- El trabajo del empleado termina
 - Las horas de trabajo del empleado se reducen
 - El empleado reúne los requisitos para recibir beneficios de Medicare
 - El empleado muere

Usted o su dependiente deben notificar a LIBERTY por escrito dentro de un plazo de 60 días después que ocurra cualquiera de los siguientes eventos que califican:

- El empleado se divorcia o separa legalmente
- Un hijo u otro dependiente ya no califica como dependiente bajo las reglas del plan

- ii. Aviso de elección:** Por lo general, debe enviar un aviso de elección a más tardar 14 días después de que su empleador reciba el aviso de que ha ocurrido un evento que califica.

- iii. Período de elección:** Usted tiene 60 días para notificar a su empleador por escrito que desea elegir/inscribirse en la cobertura de COBRA. Los 60 días comienzan en la última de las dos fechas siguientes:

- La fecha en que recibe la notificación de elección.
- La fecha en que finalizó su cobertura.

- iv. Pago de la prima:** Usted debe pagar las primas de su cobertura de COBRA según las instrucciones de su empleador. LIBERTY debe recibir el primer pago de su prima dentro de los 45 días posteriores a su inscripción en COBRA. Esta primera prima abarca el tiempo a partir de la fecha en que su cobertura finalizó debido al evento que califica hasta el día en que se inscribió en COBRA. Luego, debe pagar una prima mensual, según las instrucciones de su empleador o LIBERTY, durante todo el tiempo que permanezca en COBRA.

Si su cobertura de COBRA está a punto de finalizar, quizás pueda elegir/inscribirse en Cal-COBRA:

Cuando terminen sus 18 meses de COBRA, quizás pueda mantener la cobertura de LIBERTY hasta por 18 meses más conforme a Cal-COBRA. Si permaneció en COBRA durante 36 meses, no puede obtener Cal-COBRA por ningún periodo de tiempo adicional.

Su empleador debe enviarle un formulario de inscripción. Usted debe llenar el formulario de inscripción y devolverlo a su empleador como se lo indican, y pagar la prima, a más tardar, 30 días después de recibir el formulario de inscripción.

Perderá la cobertura de COBRA si:

- No paga sus primas a tiempo.
- Se muda fuera del área de servicio de LIBERTY.
- Su anterior empleador ya no ofrece ningún plan de salud.
- Reúne los requisitos para recibir Medicare.
- Se inscribe en otro plan de salud.
- Si comete fraude, lo que significa que intencionalmente engañó a LIBERTY o tergiversó su información, o permitió que alguien más lo hiciera, con el fin de obtener los servicios de salud.

B. Cal-COBRA

Cal-COBRA es una ley de California que se aplica a los empleadores que tienen entre 2 y 19 empleados en su plan de salud colectivo.

- Cal-COBRA puede permitirle a usted, sus dependientes y antiguos dependientes mantener la cobertura de LIBERTY hasta por 36 meses.
- Tiene los mismos beneficios que los miembros actuales con cobertura de LIBERTY.
- Debe pagar la totalidad de la prima mensual.

Importantes fechas límite para elegir/inscribirse en Cal-COBRA con LIBERTY:

Es importante cumplir con los siguientes plazos. Si no lo hace, pierde el derecho a la cobertura de Cal-COBRA.

- i. **Notificación de un evento que califica:** Los empleadores deben notificar a LIBERTY dentro de los siguientes 30 días cuando ocurran los siguientes eventos que califican:
 - El trabajo del empleado termina
 - Las horas de trabajo del empleado se reducen

Usted o su dependiente deben notificar a su empleador y a LIBERTY por escrito dentro de los 60 días después que ocurra cualquiera de los siguientes eventos que califican:

 - El empleado muere
 - El empleado se divorcia o separa legalmente
 - Un hijo u otro dependiente ya no califica como dependiente bajo las reglas del plan
 - El empleado reúne los requisitos para recibir beneficios de Medicare
- ii. **Aviso de elección:** Por lo general, debe enviar un aviso de elección a más tardar 14 días después de que su empleador reciba el aviso de que ha ocurrido un evento que califica.
- iii. **Período de elección:** Usted tiene 60 días para notificar a su empleador o LIBERTY por escrito que desea elegir/inscribirse en la continuación de cobertura de Cal-COBRA. Los 60 días comienzan en la última de las dos fechas siguientes:
 - La fecha en que recibe la notificación de elección.
 - La fecha en que finalizó su cobertura.
- iv. **Pago de la prima:** Usted debe pagar las primas de su cobertura de Cal-COBRA según las instrucciones de su empleador. LIBERTY debe recibir de su empleador el primer pago de su prima dentro de los 45 días posteriores a su inscripción en Cal-COBRA. Esta primera prima cubre el tiempo desde la fecha en que finalizó su cobertura debido al evento que califica hasta el día en que se inscribió en Cal-COBRA. Luego, debe pagar una prima mensual, según las instrucciones de su empleador durante todo el tiempo que permanezca en COBRA.

Si su anterior empleador deja de ofrecer la cobertura de LIBERTY cuando usted está en Cal-COBRA:

- Usted puede elegir/inscribirse en Cal-COBRA con el nuevo plan de salud ofrecido por su empleador.
- Debe inscribirse y pagar su primera prima según las instrucciones de su empleador con el nuevo plan de salud a más tardar 30 días después de recibir la notificación de que la cobertura de LIBERTY ya no se ofrece. Si no cumple con este plazo, sus beneficios de Cal-COBRA terminarán.

Perderá la cobertura de Cal-COBRA si:

- No paga sus primas a tiempo.

- Se muda fuera del área de servicio de LIBERTY.
- Su anterior empleador ya no ofrece ningún plan de salud.
- Se inscribe o reúne los requisitos para recibir Medicare.
- Se inscribe en otro plan de salud. (Sin embargo, si su nuevo plan tiene un periodo de espera para condiciones preexistentes y no se ha agotado toda su elegibilidad de Cal-COBRA, puede mantener su cobertura de Cal-COBRA hasta que haya terminado el periodo de espera.)
- Si comete fraude, lo que significa que intencionalmente engañó a LIBERTY o tergiversó su información, o permitió que alguien más lo hiciera, con el fin de obtener los servicios de salud.

X. QUEJA FORMAL SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL POR CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN AL PLAN

SU DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL POR CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE SU INSCRIPCIÓN AL PLAN

Si considera que la cobertura de su plan dental ha sido o será indebidamente cancelada, rescindida o no renovada, usted tiene derecho a presentar una queja formal ante LIBERTY y/o DMHC.

Opción (1): usted puede presentar una queja formal ante LIBERTY

Puede presentar una queja formal ante LIBERTY llamando al (888) 844-3344 o a la línea TDD/TTY 800-735-2929, en línea en www.libertydentalplan.com, por fax al 833-250-1814 o enviar por correo su queja formal por escrito a LIBERTY Dental Plan, Grievances and Appeals, P.O. Box 26610, Santa Ana, CA 92799-6110.

Es posible que desee presentar su queja formal ante LIBERTY primero si considera que su cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las quejas formales deben presentarse tan pronto como sea posible después de recibir la Notificación de Cancelación, Rescisión o No Renovación.

Resolveremos su queja formal o le proporcionaremos un estado pendiente dentro de los tres (3) días calendario posteriores a su recepción. Si no recibe una respuesta de LIBERTY dentro de tres (3) días calendario, o si no está satisfecho de cualquier manera con la respuesta de LIBERTY, puede presentar una queja formal ante el DMHC, tal como se detalla a continuación en la Opción 2.

Opción (2): usted puede presentar una queja formal ante DMHC.

Puede presentar una queja formal directamente ante el DMHC sin antes enviarla a LIBERTY o después de haber recibido nuestra decisión sobre su queja formal.

- Puede presentar una queja formal ante DMHC en línea en: www.dmhc.ca.gov
- Puede presentar una queja formal ante DMHC enviándola por escrito a:

HELP CENTER
DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE
980 NINTH STREET, SUITE 500
SACRAMENTO, CALIFORNIA 95814-2725
- Puede comunicarse con el DMHC para obtener más información sobre cómo presentar una queja formal al:

TELÉFONO: 1-888-466-2219
TDD: 1-877-688-9891
FAX: 1-916-255-5241

XI. PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS FORMALES Y APELACIONES

Si no está satisfecho con su PCD seleccionado, especialista, el personal, las instalaciones, la derivación de especialidad, la autorización previa, el reclamo o la atención dental que recibe, usted tiene el derecho de presentar una queja formal ante LIBERTY. Una queja formal es lo mismo que una queja. Los formularios de quejas formales pueden solicitarse de su consultorio dental o llamando al Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 844-3344. Los formularios de quejas formales también están disponibles en nuestro sitio web, www.libertydentalplan.com. LIBERTY no requiere un formulario de queja formal. Además, investigaremos una queja formal presentada en cualquier formato. Puede enviar su queja en cualquiera de las siguientes formas:

- Por escrito a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110
- Por fax al: Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY al (833)250-1814
- Por teléfono al: Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (888) 844-3344,
- En línea: En el sitio web de LIBERTY en www.libertydentalplan.com

Puede solicitar la ayuda de un “defensor del paciente” para presentar una Queja Formal. Para quejas formales que involucran a menores, dependientes o miembros con una discapacidad que estén incapacitados, el padre, madre, tutor, custodio, familiar u otra persona designada con la autoridad para actuar en nombre del miembro, podrá presentar la queja formal ante LIBERTY o al DMHC para asuntos urgentes (consulte “Quejas Formales Urgentes y Apelaciones” más adelante). LIBERTY solicitará prueba escrita de la tutela activa, cuando sea necesario.

Si tiene un dominio limitado del inglés, discapacidad visual o de otro tipo en la comunicación, LIBERTY lo ayudará a presentar una queja formal. La asistencia puede incluir la traducción de los procedimientos de Queja Formal, los formularios y las respuestas de LIBERTY, así como también puede incluir el acceso a intérpretes y a los sistemas de transmisión telefónica para ayudar a las personas con discapacidades para comunicarse.

No será discriminado de ninguna manera por parte de LIBERTY o su PCD o especialista por presentar una queja formal.

Puede presentar una Queja Formal dentro de los siguientes 180 días calendario después de cualquier incidente o acción que sea objeto de su insatisfacción. Los representantes de LIBERTY revisarán el problema con usted y tomarán las medidas adecuadas para una resolución rápida. Recibirá confirmación que hemos recibido su Queja Formal dentro de los siguientes cinco (5) días calendarios después de su recepción. Las Quejas Formales serán resueltas dentro de los siguientes treinta (30) días calendario.

Quejas Formales exentas de acuse de recibo y respuesta por escrito: En algunos casos, el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY puede ayudar a resolver quejas formales recibidas por teléfono dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la recepción, pero a más tardar al cierre del siguiente día hábil. Las quejas formales resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros dentro del plazo mencionado anteriormente no requieren un reconocimiento o respuesta por escrito. Las siguientes categorías no pueden ser resueltas por el Departamento de Servicios para Miembros y deben abordarse a través del proceso estándar de quejas formales: disputas de cobertura, apelaciones, tratamiento experimental o de investigación, condiciones o procedimientos insalubres en el consultorio, discriminación potencial y calidad del tratamiento completado.

Quejas formales urgentes y apelaciones: Puede solicitar una revisión urgente o acelerada de su queja formal o apelación cuando considere que podría estar ante una amenaza inminente y grave a su salud, incluyendo, entre otros, dolor intenso, la posible pérdida de la vida o una función física importante. Un

dentista con licencia de LIBERTY revisará su solicitud para determinar si cumple con los criterios de revisión acelerada. Luego de la revisión y determinación de que su caso califica para una revisión acelerada, LIBERTY resolverá su queja formal o apelación dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la recepción, o antes, según la condición.

IMPORTANTE: No es necesario que espere una determinación de LIBERTY antes de comunicarse con el DMHC para casos urgentes. Puede comunicarse con el DMHC como se indica a continuación, en cualquier momento.

Si no está satisfecho con la resolución que LIBERTY le otorgó, puede comunicarse con el DMHC, tal como se indica a continuación. También puede presentar materiales adicionales para una consideración adicional al Departamento de Quejas Formales y Apelaciones de LIBERTY, en la dirección que se indica a continuación.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
Grievances and Appeals
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

La siguiente información es requerida por el estado de California en relación con su plan dental.

A. PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR QUEJAS DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (DMHC) DEL ESTADO DE CALIFORNIA

El DMHC ha establecido un número de teléfono gratuito (**888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para que usted lo use en caso de tener una queja en contra de LIBERTY, o para solicitar la revisión de cancelaciones, rescisiones y no renovaciones bajo las Leyes de California y reglas relacionadas. Excepto en los casos de situaciones dentales de emergencia, tal como se describe a continuación, primero debe presentar su queja formal ante LIBERTY. Si no está satisfecho con el resultado de su queja formal o no recibe una respuesta por escrito dentro de los treinta (30) días calendario, puede ponerse en contacto con el DMHC para que presente una queja contra LIBERTY. Tenga en cuenta que: Las quejas del DMHC solo se pueden presentar una vez que haya agotado sus derechos de queja formal ante LIBERTY.

IMPORTANTE: Usted puede presentar inmediatamente una queja ante el DMHC sin tener que presentar primero una queja formal ante LIBERTY en caso de una situación dental de emergencia.

Declaración requerida por el estado de California: El Departamento de Atención Médica Administrada de California (DMHC) es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. Si tiene una queja formal contra su Plan de Salud, primero debe llamar a su plan de salud al **1-888-844-3344** y utilizar el proceso de quejas formales de su plan antes de comunicarse con el Departamento. Utilizar este proceso de queja formal no le prohíbe ningún derecho o recurso legal posible que pueda estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja formal referente a una emergencia, con una queja formal que no haya sido solucionada satisfactoriamente por su Plan de Salud, o con una queja formal que esté sin resolver por más de 30 días, usted puede llamar al DMHC para solicitar asistencia. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por el plan de salud con relación a la necesidad médica del servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**)

y una línea TDD (1-877-688-9891) para las personas con impedimentos de audición o del habla. El sitio web del departamento www.dmhc.ca.gov tiene formularios de quejas, formularios para solicitar una IMR e instrucciones en línea.

Su derecho a presentar una apelación:

Resoluciones y respuestas de apelaciones: Una apelación es una solicitud, por parte de un miembro, un proveedor que actúa en nombre de un miembro u otra persona autorizada, para revisar una acción de LIBERTY que haya retrasado, modificado o denegado servicios, en su totalidad o en parte. Las respuestas de apelación por escrito para los servicios denegados por necesidad médica, un beneficio no cubierto u otro criterio, incluirán un lenguaje claro y sencillo, el motivo, los criterios y las políticas dentales para la acción junto con la disposición aplicable y los números de página de su EOC.

Si no está satisfecho con la determinación de LIBERTY, tiene hasta 180 días calendario a partir de la fecha indicada anteriormente para presentar una apelación. Una apelación le permite presentar información adicional que sea relevante para su reclamo y solicitar que LIBERTY la revise.

Usted puede incluir documentos, registros u otra información escrita con su apelación. También puede solicitar, sin cargo alguno, copias de todos los documentos, registros y otra información de LIBERTY que sea relevante para su reclamo. LIBERTY revisará la información que presente y reconsiderará su reclamo. Como parte de su apelación, puede solicitar a LIBERTY el nombre de cualquier experto médico u otra persona a la que LIBERTY haya pedido consejo mientras reconsideraba su reclamo.

Puede enviar su queja formal por escrito a:

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
Attn.: Grievances and Appeals
Quality Management Department
P.O. Box 26110, Santa Ana, CA 92799-6110
Fax: 833-250-1814
En línea: www.libertydentalplan.com

O puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY por teléfono al (877) 877-1893

Si su situación cumple con la definición de urgente según la ley, la revisión de su apelación por parte de LIBERTY se realizará lo antes posible. Por lo general, una situación urgente es una situación en la que su salud puede estar en grave peligro o, según la opinión de su médico, usted puede sentir dolor severo que no se puede controlar adecuadamente mientras espera una decisión sobre la revisión externa de su reclamo. Si considera que su situación es urgente, puede solicitar una revisión externa expeditada, poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (877) 877-1893.

Puede presentar su queja formal para arbitraje, lo cual permitirá a un árbitro neutral revisar su situación y determinar si LIBERTY es responsable de algún servicio o pago adicional. Puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de LIBERTY al (877) 877-1893, con la finalidad de iniciar el proceso de arbitraje. También tiene derecho a iniciar una acción civil en virtud de la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación en respuesta a una queja formal infructuosa.

B. MEDIACIÓN

También puede solicitar una mediación voluntaria con LIBERTY antes de ejercer su derecho de presentar una Queja Formal ante el DMHC. El uso de la mediación no descarta su derecho de presentar una Queja Formal al DMHC después de finalizar la mediación. Para iniciar la mediación, usted o su agente deben

aceptar voluntariamente el proceso de mediación. Los gastos de la mediación se dividirán en partes iguales entre usted y LIBERTY.

C. REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

Los casos denegados por LIBERTY, por servicios cubiertos que no son médicamente necesarios, pueden ser elegibles para el programa de Revisión Médica Independiente (IMR) del DMHC. Los miembros pueden solicitar un formulario para la IMR de su caso comunicándose con LIBERTY al 888-844-3344, visitando el sitio web de LIBERTY, www.libertydentalplan.com o escribiendo a: LIBERTY Dental Plan, P.O. Box 26110, Santa Ana, CA, 92799-6110. También puede solicitar los formularios del DMHC. Puede comunicarse con el DMHC llamando al 1-888-466-2219 o visitando su sitio web en: www.dmhc.ca.gov. La IMR solo está disponible para ciertos servicios médicos.

D. ARBITRAJE

Si usted o uno de sus dependientes elegibles no están satisfechos con los resultados del proceso de resolución de quejas formales de LIBERTY, y todos los procedimientos de resolución de quejas formales se han agotado, el asunto puede someterse al proceso de arbitraje para su resolución. Si usted o uno de sus dependientes elegibles piensan que alguna conducta se derivó o se relaciona con su participación como miembro de LIBERTY, incluso una responsabilidad médica o contractual, el asunto debe resolverse por medio de arbitraje. Se realizará el arbitraje de acuerdo con las normas y regulaciones de la Asociación Americana de Arbitraje vigentes a la hora de la ocurrencia de la queja formal (disputa o controversia) y sujeto a las leyes de California y códigos relacionados.

XII. OTRAS DISPOSICIONES

A. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Como miembro de LIBERTY, siempre recibirá sus beneficios. LIBERTY no considera su Plan como secundario a cualquier otra cobertura que pueda tener. Usted tiene el derecho de recibir los beneficios como se indica en esta Evidencia de Cobertura (EOC), más allá de cualquier otra cobertura adicional que pueda tener. Sin embargo, cualquier cobertura de Covered California que tenga, y que se incluya en un plan de salud de servicios completos, actuará como pagador primario cuando tenga un beneficio dental pediátrico suplementario a través de un plan de beneficios familiares.

B. RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

Si se considera que los servicios, que de otro modo están cubiertos en virtud de este Plan de Grupo, son necesarios debido a un accidente de trabajo o que son la responsabilidad de un tercero, usted acepta cooperar en los procesos de LIBERTY para ser reembolsado por estos servicios.

C. OPORTUNIDAD PARA PARTICIPAR EN EL COMITÉ DE POLÍTICA PÚBLICA DE LIBERTY

El Comité de Políticas Públicas de LIBERTY es un grupo compuesto por miembros, personal de apoyo y nuestro Director Dental. El Comité de Políticas Públicas analiza las formas en que LIBERTY puede servir mejor a nuestros miembros, además de ver las formas de mejorar nuestras políticas y programas. Unirse a este grupo es voluntario, por lo cual recibirá una compensación económica por asistir. Si desea participar en el Comité de Política Pública de LIBERTY, comuníquese con el Departamento de Control de Calidad al correo electrónico qm@libertydentalplan.com o llame al 888-844-3344.

D. NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es ilegal. LIBERTY sigue todas las leyes de derechos civiles estatales y federales. LIBERTY no discrimina ilegalmente, excluye a las personas o las trata de manera diferente debido a su sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad

mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual.

LIBERTY brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
 - ✓ Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios gratuitos de idioma a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - ✓ Intérpretes calificados
 - ✓ Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con nosotros entre las 8:00 a. m. y 5:00 p. m. (PST) llamando al (888) 844-3344. O, si no puede oír o hablar bien, llame al (800) 735-2929.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA FORMAL

Si usted considera que LIBERTY no ha brindado alguno de estos servicios o ha discriminado ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY. Puede presentar una queja formal por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (PST) llamando al 888-704-9833. O, si no puede oír o hablar bien, llame al (800) 735-2929.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799
- **En persona:** Visite el consultorio de su médico o LIBERTY Dental Plan y diga que desea presentar una queja formal.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web de LIBERTY Dental Plan en <https://www.libertydentalplan.com>.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de servicios de atención de la salud de California, Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al **711 (Servicio de retransmisión de telecomunicaciones)**.

- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:

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

Puede obtener formularios de quejas en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Electrónicamente: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS

Si considera que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, por teléfono, por escrito, o electrónicamente:

- Por teléfono: Llame al **1-800-368-1019**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: Complete el formulario de queja o envíe una carta a:

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

Puede obtener formularios de quejas en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

E. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Como se ha indicado a lo largo de este documento, usted no necesita presentar reclamaciones directamente ante LIBERTY. Sus servicios dentales generales se programan con el PCD participante, quien a su vez presenta los reclamos en su nombre. Los servicios prestados por un especialista se reportan a LIBERTY por medio del especialista. Si recibe servicios fuera de la red debido a una situación de emergencia fuera del horario de oficina o fuera del Área de Servicio, consulte la sección anterior para ver cómo presentar sus gastos a LIBERTY para recibir el reembolso (consulte sección Reembolso para atención dental de emergencia descrita anteriormente).

F. DONACIÓN DE ÓRGANOS

El DMHC requiere a LIBERTY que le informe que usted tiene a su disposición opciones para donar órganos. La donación de órganos tiene muchos beneficios para la sociedad, y quizás desee considerar esta opción en caso que alguna situación de salud se convierta en la oportunidad de hacerlo. Puede obtener más información sobre la donación de órganos en <http://donatelife.net/>

G. DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS DE LIBERTY DENTAL PLAN

Servicios para miembros de LIBERTY proporciona apoyo de atención al cliente gratuito de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., en días de oficina normales, para asistir a los miembros con preguntas sencillas

y resolución de problemas. Las personas con limitaciones auditivas y del habla pueden utilizar la línea gratuita de Servicio de Retransmisión de California llamado al 1-800-735-2929 (TTY) o 1-888-877-5378 (TTY) para comunicarse con el Departamento. Nuestro número gratuito es (888) 844-3344.

H. DERECHOS DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto, teniendo debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre el plan y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos.
- Poder elegir un PCD dentro de la red de LIBERTY.
- Participar en las decisiones relacionadas con su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Expresar sus quejas formales, verbalmente o por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
- Recibir coordinación para los cuidados.
- Solicitar una apelación de decisiones respecto a denegar, aplazar o limitar servicios o beneficios.
- Recibir servicios de interpretación oral para su idioma.
- A formular directivas anticipadas.
- Desafiliarse a solicitud.
- Acceder a los Servicios de consentimiento de menores.
- Recibir materiales escritos informativos para el miembro en formatos alternativos (como Braille, impresión de tamaño grande y formato de audio) a solicitud y de manera oportuna, según sea el formato que se solicita y de acuerdo con las leyes de California y los códigos relacionados.
- Estar libre de cualquier forma de restricción o reclusión utilizada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles y las alternativas, presentada de una manera apropiada para su condición y capacidad de comprensión;
- Tener acceso y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar que sean enmendados o corregidos, de acuerdo con las leyes federales.

Libertad de ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo trata LIBERTY, sus proveedores o el Estado.

Las políticas y los procedimientos de LIBERTY Dental Plan para la conservación de la confidencialidad de registros médicos están disponibles si los solicita.

I. RESPONSABILIDADES DEL MIEMBRO

Como miembro, usted tiene la responsabilidad de:

- Pagar la prima de su cobertura a tiempo;
- Identificarse como miembro de LIBERTY Dental Plan cuando llame o visite a su consultorio dental seleccionado;
- Tratar al PCD, al personal del consultorio y al personal de LIBERTY Dental Plan con respeto y cortesía;
- Mantener sus citas programadas o comunicarse con el consultorio dental, con al menos veinticuatro (24) horas de anticipación, para cancelar una cita;
- Cooperar con el PCD en seguir el curso del tratamiento recetado;
- Hacer sus copagos al momento de recibir el servicio;
- Asegúrese de avisarle a su PCD sobre sus necesidades personales del idioma;
- Informar a LIBERTY Dental Plan de cambios en el estado de su familia
- Estar al tanto y seguir las pautas de la organización al solicitar atención dental;

- Completar el tratamiento con su PCD asignado;
- Cumplir con las normas del consultorio dental sobre la atención y conducta;
- Seguir el proceso de derivación para atención especializada;
- Brindarle a su PCD, a su leal saber y entender, la información correcta sobre su salud física y dental;
- Informar a su PCD si tiene cambios repentinos en su salud física y dental;
- Informar a su PCD o especialista que entiende el plan de tratamiento y lo que se requiere de usted;
- Seguir con el plan de tratamiento que usted entendió y acordó con su PCD o especialista;
- Sus propias acciones si rechaza el tratamiento o no sigue el plan de tratamiento, las instrucciones y los consejos de su PCD o especialista; y
- Comprender sus beneficios dentales, incluido lo que está y no está cubierto.

J. SEPARACIÓN FISCAL DE LA TOMA DE DECISIONES

Es política de LIBERTY que todas las decisiones de revisión clínica realizadas por el personal o los contratistas se basen únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura. Los servicios solo pueden ser denegados por necesidad dental por un dentista calificado y con la debida licencia, que trabaja dentro de las pautas de criterios clínicos escritas de LIBERTY, y teniendo debidamente en cuenta las necesidades de los miembros individuales, así como las características del sistema de provisión local. LIBERTY no recompensa ni incentiva a los revisores a emitir denegaciones de cobertura o atención, ni proporciona incentivos que fomenten algún tipo de barrera para acceder a la atención o a los servicios, ni impulsa decisiones que den lugar a una infrautilización.

El personal de gestión de utilización de LIBERTY firma anualmente una certificación que indica que se tomaron decisiones de revisión únicamente sobre la base de la idoneidad de la atención y los servicios y la existencia de cobertura.

XII PLAN DE CUMPLIMIENTO

A. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO:

LIBERTY Dental Plan se dedica a garantizar que cumple con todas las leyes, normas, reglamentos y procedimientos federales y estatales aplicables, incluidos los requisitos del mercado de seguros de salud, de manera oportuna y eficaz. Se espera que todos los miembros, funcionarios, empleados, contratistas, proveedores y miembros de la Junta Directiva de LIBERTY cumplan con estos diversos requisitos legales.

Por estas razones, LIBERTY ha desarrollado e instituido un Plan de Cumplimiento Corporativo. El Plan está diseñado para garantizar que LIBERTY Dental Plan cumpla con todas las obligaciones legales y contractuales de manera justa, precisa y coherente.

El plan de cumplimiento no solo aborda el fraude, el desperdicio y el abuso de la atención médica, sino también los requisitos y obligaciones establecidos por los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), el empleo, los informantes y las leyes de seguros.

A. Definiciones

- **Fraude:** incluye, pero no se limita a, “hacer a sabiendas o hacer que se realice cualquier reclamo falso o fraudulento para el pago de un beneficio de atención médica.” El fraude también incluye el fraude o la tergiversación por parte de un miembro con respecto a la cobertura de personas y el fraude o el engaño en el uso de los servicios o instalaciones de LIBERTY o el hecho de permitir deliberadamente dicho fraude o engaño por parte de otra persona.
- **Despilfarro:** significa el gasto irreflexivo o descuidado, el consumo, la mala gestión, el uso o el derroche de recursos. El despilfarro también incluye incurrir en costos innecesarios debido a

prácticas, sistemas o controles ineficientes o ineficaces. El despilfarro normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

- **Abuso:** significa el uso excesivo o inadecuado de algo, o el uso de algo de manera contraria a las reglas naturales o legales para su uso; la destrucción intencional, desviación, manipulación, mala aplicación, maltrato o mal uso de los recursos; o uso extravagante o excesivo para abusar de la posición o autoridad de uno. El “abuso” normalmente no conduce a una acusación de “fraude”, pero podría hacerlo.

B. POLÍTICA:

La política de LIBERTY es revisar e investigar todas las acusaciones de fraude, despilfarro y abuso, ya sea interno o externo, tomar medidas correctivas para cualquier alegación respaldada e informar una conducta indebida confirmada a las partes apropiadas, tanto internas como externas.

C. REPORTE DE POSIBLES FRAUDES

LIBERTY ha establecido una línea telefónica exclusiva para reportar fraudes: (888) 704-9833. La línea telefónica para reportar fraudes ofrece la oportunidad de reportar de manera anónima y confidencial las sospechas razonables y de buena fe sobre fraudes o preocupaciones. Esta línea telefónica es monitoreada por un miembro designado del Comité de Cumplimiento Corporativo de LIBERTY. Toda la información reportada en la línea telefónica anónima se reenvía al equipo de control de calidad de LIBERTY para realizar una investigación exhaustiva.

- Línea directa de cumplimiento corporativo de LIBERTY: (888) 704-9833
- Correo electrónico de la Unidad de Cumplimiento de LIBERTY: compliance@libertydentalplan.com
- Línea directa de la Unidad de Investigaciones Especiales de LIBERTY: (888) 704-9833
- Correo electrónico de la Unidad de Investigaciones Especiales de LIBERTY: SIU@libertydentalplan.com

El Presidente del Comité y el Director de Cumplimiento, en conjunto con el Asesor Jurídico, determinan si LIBERTY tomará alguna medida adicional, que pueden incluir, entre otros:

- El suministro de información, con fines educativos, al Proveedor participante que describe el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta;
- Buscar el reembolso del Proveedor participante de cualquier monto pagado por LIBERTY en relación con el incidente relacionado a la supuesta actividad fraudulenta;
- La terminación del contrato del proveedor vigente entre LIBERTY y el proveedor participante; y/o
- Reportar el asunto a un organismo gubernamental apropiado, incluyendo, entre otros, la Junta Estatal de Examinadores Dentales y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

(888) 844-3344



Apéndice 1:

**LISTA DE BENEFICIOS
SERVICIOS CUBIERTOS**



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Límite máximo de gastos de bolsillo individual: \$350 por año del plan 2021-2022 (solo se aplica para pacientes pediátricos)

Límite máximo de gastos de bolsillo familiar: \$700 por año del plan 2021-2022 (solo se aplica para pacientes pediátricos)

Deducible individual: Ninguno - Deducible familiar: Ninguno

Periodo de espera: Ninguno

Límite de beneficios anuales: Ninguno

Copago por visita al consultorio: Sin cargo

Valor actuarial: 84,8%

✓ Los miembros deben visitar 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 del miembro se pagan al consultorio dental en el momento en que se brindan 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. Puede haber otros costos incurridos por servicios opcionales y no cubiertos que no se aplican al límite máximo de gastos de bolsillo.

✓ Este Programa de beneficios no garantiza los beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad, exclusiones y limitaciones, y se deben determinar como medicamente necesarios en el momento de recibir el servicio. Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia mencionadas, se considerarán para la autorización previa cuando se determine la necesidad médica 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 en este Programa de beneficios 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	Evaluación oral periódica	sin costo	sin costo	1 (D0120) cada 6 meses por proveedor	1 (D0120) cada 6 meses por proveedor
D0140	Evaluación oral limitada	sin costo	sin costo	1 (D0140) por paciente por proveedor	1 (D0140) por paciente por proveedor
D0145	Evaluación oral para menores de 3 años	sin costo	sin cobertura		
D0150	Evaluación oral completa	sin costo	sin costo	1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial	1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial
D0160	Evaluación oral, centrada en un problema	sin costo	sin costo	1 (D0160) por paciente por proveedor	1 (D0160) por paciente por proveedor
D0170	Re-evaluación, limitada, centrada en un problema	sin costo	sin costo	hasta 6 de (D0170, D0171) en un período de 3 meses, no más de 12 en 12 meses	1 de (D0170, D0171) cada 6 meses
D0171	Reevaluación, consulta postoperatoria	sin costo	sin costo		
D0180	Evaluación periodontal completa	sin costo	sin costo	solo se facturará como D0150	1 (D0180) cada 6 meses
D0190	Revisión de un paciente	sin cobertura	sin costo		
D0191	Evaluación de un paciente	sin cobertura	sin costo		
D0210	Serie completa de radiografías, intraorales	sin costo	sin costo	1 (D0210) cada 36 meses por proveedor	1 (D0210) cada 36 meses por proveedor
D0220	Primera radiografía intraoral, periapical	sin costo	sin costo	20 de autorizaciones previas para (D0220, D0230)	20 de autorizaciones previas para (D0220, D0230)
D0230	Cada radiografía adicional intraoral, periapical	sin costo	sin costo	en un período de 12 meses por el mismo	en un período de 12 meses por el mismo
D0240	Radiografía intraoral, oclusal	sin costo	sin costo	2 (D0240) cada 6 meses, por proveedor	2 (D0240) cada 6 meses, por proveedor
D0250	Radiografía extraoral 2D, fuente de radiación fija	sin costo	sin costo	1 (D0250) por fecha de servicio	1 (D0250) cada 6 meses
D0251	Radiografía dental extraoral posterior	sin costo	sin cobertura	1 (D0251) por fecha de servicio	1 (D0251) cada 6 meses
D0270	Radiografía simple de aleta de mordida	sin costo	sin costo	1 (D0270) por fecha de servicio	1 (D0270) por fecha de servicio
D0272	Aletas de mordida, dos radiografías	sin costo	sin costo	1 (D0272) cada 6 meses por proveedor	
D0273	Aletas de mordida, tres radiografías	sin costo	sin costo	reducir el valor al código D0270 y D0272	
D0274	Aletas de mordida, cuatro radiografías	sin costo	sin costo	1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, a partir de los 10 años	1 de (D0272-D0277) cada 6 meses por proveedor
D0277	Aletas de mordida verticales, 7 a 8 radiografías	sin costo	sin costo	reducir el valor al código D0274	
D0310	Sialografía	sin costo	sin costo		
D0320	Artrografía ATM, inyección incluida	sin costo	sin costo	3 (D0320) por fecha de servicio	3 (D0320) por fecha de servicio
D0322	Estudio tomográfico	sin costo	sin costo	2 (D0322) cada 12 meses por proveedor	2 (D0322) cada 12 meses por proveedor
D0330	Radiografía panorámica	sin costo	sin costo	1 (D0330) cada 36 meses por proveedor	1 (D0330) cada 36 meses por proveedor
D0340	Radiografía cefalométrica 2D, medición y análisis	sin costo	sin costo	2 (D0340) cada 12 meses, por proveedor	2 (D0340) cada 12 meses, por proveedor
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales en 2D, intraorales/extraorales	sin costo	sin costo	4 (D0350) por fecha de servicio	4 (D0350) por fecha de servicio
D0351	Imágenes fotográficas en 3D	sin costo	sin costo		
D0419	Evaluación del flujo salival por medición	sin cobertura	sin costo	1 (D0419) cada 12 meses	1 (D0419) cada 12 meses
D0431	Prueba auxiliar pre-diagnóstico	sin cobertura	sin costo		
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	sin costo	sin costo		
D0470	Diagnóstico de moldes	sin costo	sin costo	1 (D0470) por proveedor, solo un beneficio con los servicios de ortodoncia cubiertos para los	1 (D0470) por proveedor
D0502	Otros procedimientos de patología oral, según informe	sin costo	sin costo		
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo bajo	sin costo	sin costo		
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo moderado	sin costo	sin costo		
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo alto	sin costo	sin costo		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de diagnóstico (continuación)					
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, según informe	sin costo	sin costo		
Servicios preventivos					
D1110	Profilaxis, adulto	sin costo	sin costo	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D1120	Profilaxis, niño	sin costo	sin cobertura		
D1206	Aplicación tópica de capa de flúor	sin costo	sin costo	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1208	Aplicación tópica de capa de flúor, excluyendo el barniz	sin costo	sin costo		
D1310	Orientación nutricional para control de enfermedad dental	sin costo	sin costo		
D1320	Orientación sobre el tabaco, control/prevenición de enfermedad oral	sin costo	sin costo		
D1330	Instrucción en higiene oral	sin costo	sin costo		
D1351	Sellante, por diente	sin costo	sin cobertura	1 (D1351, D1352) cada 36 meses 1 ^{er} , 2 ^{do} y 3 ^{er} molar	
D1352	Restauración temporal de resina, diente permanente	sin costo	sin cobertura		
D1353	Sellante, por diente	sin costo	sin cobertura	1 (D1353) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar	
D1354	Aplicación provisional de medicamento para detener las caries, por diente	sin costo	sin costo	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	Espaciador, fijo, unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente,	
D1516	Espaciador, fijo, bilateral, maxilar	sin costo	sin cobertura	1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años	
D1517	Espaciador, fijo, bilateral, mandibular	sin costo	sin cobertura	1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años	
D1520	Espaciador, removible, unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por pacientes, para menores de 18 años	
D1526	Espaciador, removible, bilateral, maxilar	sin costo	sin cobertura	1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años	
D1527	Espaciador, removible, bilateral, mandibular	sin costo	sin cobertura	1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años	
D1551	Recementación o reunión del espaciador bilateral, maxilar	sin costo	sin cobertura	1 de (D1551, D1552) por arco, cada 12 meses, para menores de 18 años	
D1552	Recementación o reunión del espaciador bilateral, mandibular	sin costo	sin cobertura		
D1553	Recementación o reunión del espaciador unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura	1 (D1553) por cuadrante cada 12 meses, para menores de 18 años	
D1556	Retiro del espaciador fijo unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura		
D1557	Retiro del espaciador fijo bilateral, maxilar	sin costo	sin cobertura		
D1558	Retiro del espaciador fijo bilateral, mandibular	sin costo	sin cobertura		
D1575	Espaciador tipo zapata distal, fijo, por cuadrante	sin costo	sin cobertura		
Servicios de restauración					
D2140	Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes	\$25	\$25	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
D2150	Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes	\$30	\$30		
D2160	Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes	\$40	\$40		
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	\$45	\$45		
D2330	Resina compuesta, una superficie, anteriores	\$30	\$30		
D2331	Resina compuesta, dos superficies, anteriores	\$45	\$45		
D2332	Resina compuesta, tres superficies, anteriores	\$55	\$55		
D2335	Resina compuesta, cuatro o más superficies, incluye el ángulo incisivo	\$60	\$60		
D2390	Corona de resina compuesta, 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	Resina compuesta, una superficie, posteriores	\$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	Resina compuesta, dos superficies, posteriores	\$40	\$40		
D2393	Resina compuesta, tres superficies, posteriores	\$50	\$50		
D2394	Resina compuesta, cuatro o más superficies, posteriores	\$70	\$70		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de restauración (continuación)					
*PAUTAS para coronas sencillas -Aplica solo para los adultos					
La cantidad total máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos mejorados (explicados abajo) es \$250.00 por diente. A los proveedores se les requiere explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo mejorado.					
1. Restauraciones de marca: (p. ej., Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, All Ceram, Procera, Lava, etc.) pueden considerarse procedimientos electivos mejorados si sus códigos relacionados de procedimiento CDT no se listan como beneficios cubiertos.					
2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina con metal base o porcelana con metal base son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo mejorado.					
3. Beneficios para dientes molares: Las restauraciones de metal base fundido son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y de porcelana con metal pueden considerarse procedimientos electivos mejorados. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo mejorado.					
4. El beneficio es el metal base: Si se elige, a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio pueden considerarse un procedimiento de mejoramiento electivo.					
D2542	Onlay, metálica, dos superficies	sin cobertura	\$185		1 de (D2542-D2794 D6205-D6794) por diente por un periodo de 5 años
D2543	Onlay, metálica, tres superficies	sin cobertura	\$200		
D2544	Onlay, metálica, cuatro o más superficies	sin cobertura	\$215		
D2642	Onlay, porcelana/cerámica, dos superficies*	sin cobertura	\$250		
D2643	Onlay, porcelana/cerámica, tres superficies*	sin cobertura	\$275		
D2644	Onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies*	sin cobertura	\$300		
D2662	Onlay, resina compuesta, dos superficies	sin cobertura	\$160		
D2663	Onlay, resina compuesta, tres superficies	sin cobertura	\$180		
D2664	Onlay, resina compuesta, cuatro o más superficies	sin cobertura	\$200		
D2710	Corona, resina compuesta (indirecta)	\$140	\$140	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un periodo de 5 años, a partir de los 13 años	
D2712	Corona ¾, resina compuesta (indirecta)	\$190	\$200		
D2720	Corona, resina con metal de alta nobleza*	sin cobertura	\$300		
D2721	Corona, resina con metal base predominante*	\$300	\$300		
D2722	Corona, resina con metal noble*	sin cobertura	\$300		
D2740	Corona, porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D2750	Corona, porcelana con metal de alta nobleza*	sin cobertura	\$300		
D2751	Corona, porcelana con metal base predominante*	\$300	\$300		
D2752	Corona, porcelana con metal noble*	sin cobertura	\$300		
D2753	Corona, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D2780	Corona, ¾ metal de alta nobleza fundido*	sin cobertura	\$300		
D2781	Corona, ¾ metal base predominante fundido	\$300	\$300		
D2782	Corona, ¾ metal noble fundido*	sin cobertura	\$300		
D2783	Corona, ¾ sustrato de porcelana/cerámica*	\$310	\$310		
D2790	Corona completa, metal de alta nobleza fundido*	sin cobertura	\$300		
D2791	Corona completa, metal base predominante fundido	\$300	\$300		
D2792	Corona completa, metal noble fundido*	sin cobertura	\$300		
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D2910	Recementación o reunión de incrustaciones inlay, onlay, carilla o cobertura parcial	\$25	\$25	1 (D2910) por diente cada 12 meses, por proveedor	
D2915	Recementación o reunión de poste y espiga fabricados/prefabricados indirectamente	\$25	\$25		
D2920	Recementación o reunión de corona	\$25	\$15	después de 12 meses de la colocación inicial con el mismo proveedor	
D2921	Reconexión de fragmento dental, borde incisal o cúspide	\$45	\$45		
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, dientes primarios	\$95	sin cobertura	1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses	
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	\$65	sin cobertura		
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	sin cobertura	dientes primarios - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses	
D2933	Corona prefabricada en acero inoxidable con ventana de resina	\$80	sin cobertura	dientes permanentes - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses	
D2940	Restauración protectora	\$25	\$20	1 (D2940) por diente cada 6 meses, por	1 (D2940) por diente cada 6 meses, por
D2941	Restauración terapéutica provisional, dentadura primaria	\$30	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de restauración (continuación)					
D2949	Cimiento restaurativo para una restauración indirecta	\$45	sin cobertura		
D2950	Perno, incluye espiga cuando se necesite	\$20	\$20		
D2951	Retención de espigas, por diente, sumado a la restauración	\$25	\$20	1 (D2951) por diente	
D2952	Perno y muñón sumados a la corona, fabricados indirectamente	\$100	\$60	1 (D2952) por diente	
D2953	Cada poste fabricado indirectamente adicional, mismo diente	\$30	\$30		
D2954	Perno y muñón prefabricados sumados a la corona	\$90	\$60	1 (D2954) por diente	
D2955	Posterior a la extracción	\$60	sin cobertura		
D2957	Cada poste prefabricado adicional, mismo diente	\$35	\$35		
D2971	Procedimiento adicional para construir una corona nueva, marco de dentadura parcial	\$35	sin cobertura		
D2980	Reparación de corona necesaria por fallo de material de restauración	\$50	\$50	después de 12 meses de la colocación inicial de la corona con el mismo proveedor	
D2999	Procedimiento restaurador no especificado, según informe	\$40	\$40		
Servicios de endodoncia					
D3110	Recubrimiento, directo (excluyendo la restauración final)	\$20	\$20		
D3120	Recubrimiento, indirecto (excluyendo la restauración final)	\$25	\$25		
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	\$40	\$35	1 (D3220) por diente primario	
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$40	\$50	1 (D3221) por diente	1 (D3221) por diente
D3222	Pulpotomía parcial, apexogénesis, diente permanente, raíz incompleta	\$60	sin cobertura	1 (D3222) por diente	
D3230	Terapia pulpar, diente anterior, primario (no incluye la restauración final)	\$55	sin cobertura	1 de (D3230, D3240) por diente	
D3240	Terapia pulpar, diente posterior, primario (no incluye la restauración final)	\$55	sin cobertura		
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (no incluye la restauración final)	\$195	\$200		
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$235	\$235	1 de (D3310, D3320, D3330) por diente	
D3330	Terapia endodóntica, molar (no incluye la restauración final)	\$300	\$300		
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto, acceso no quirúrgico	\$50	\$50		
D3332	Terapia endodóntica incompleta, inoperable, no restaurable, diente fracturado	sin cobertura	\$85		
D3333	Reparación interna de fallas de perforación	\$80	\$80		
D3346	Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, 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 la terapia de conducto anterior, premolar	\$295	\$295		
D3348	Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, molar	\$365	\$365		
D3351	Recalcificación/apexificación, visita inicial	\$85	\$85	1 (D3351) por diente	1 (D3351) por diente
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo del medicamento provisional	\$45	\$50	1 (D3352) por diente	1 (D3352) por diente
D3410	Apicectomía, anterior	\$240	\$240		
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	\$250	\$250		
D3425	Apicoectomía, molar (primera raíz)	\$275	\$275		
D3426	Apicoectomía (cada raíz adicional)	\$110	\$110		
D3430	Relleno retrógrado, por raíz	\$90	\$90		
D3450	Amputación de raíz, por raíz	sin cobertura	\$110		
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reabsorción radicular, anterior	\$160	\$160		
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reabsorción radicular, premolar	\$160	\$160		
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reabsorción radicular, molar	\$160	\$160		
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar al diente con dique de goma	\$30	\$50		
D3920	Hemisección, no incluye terapia de conducto	sin cobertura	\$120		
D3950	Preparación del conducto y ajuste de la clavija o poste preformado	sin cobertura	\$60		
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, según informe	\$100	sin cobertura		
Servicios periodontales					
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante	\$150	\$150	1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años	
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante	\$50	\$50		
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante	sin cobertura	\$135		
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante	sin cobertura	\$70		
D4249	Alargamiento quirúrgico de la corona, tejido duro	\$165	\$200		
D4260	Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante	\$265	\$265	1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años	1 de (D4210-D4275) por sitio/cuadrante cada 36 meses
D4261	Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante	\$140	\$140		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios periodontales (continuación)					
D4263	Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, primer sitio, cuadrante	sin cobertura	\$105		1 de (D4210-D4275) por sitio/cuadrante cada 36 meses
D4264	Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, cada sitio adicional	sin cobertura	\$75		
D4265	Materiales biológicos para ayudar a regenerar tejido suave y óseo	\$80	sin cobertura		
D4266	Regeneración de tejido guiada, barrera reabsorbible, por sitio	sin cobertura	\$145		
D4267	Regeneración guiada de tejido, barrera no reabsorbible, por sitio	sin cobertura	\$175		
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	sin cobertura	\$155		
D4273	Injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	sin cobertura	\$220		
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente	sin cobertura	\$190		
PAUTA:					
Se permiten un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita/por día.					
D4341	Limpieza periodontal y raspado 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	Limpieza periodontal y raspado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	\$30	\$25		
D4346	Limpieza en presencia de inflamación severa o moderada, boca completa luego de evaluación	\$40	\$40	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D4355	Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico integral, visita posterior	\$40	\$40		1 cada 24 meses
D4381	Aplicación localizada de agentes antimicrobiales/por diente	\$10	\$10		
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30	1 (D4910) cada 3 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D4920	Cambio de vendaje no programado (que no sea el dentista o el personal tratante)	\$15	sin cobertura	1 (D4920) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años	
D4999	Procedimiento periodontal sin especificar, según informe	\$350	\$350		
Servicios prostodónticos removibles					
D5110	Prótesis dental completa maxilar	\$300	\$400	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa.	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5282, D5283) por arco, cada 5 años.
D5120	Prótesis dental completa, mandibular	\$300	\$400		
D5130	Prótesis inmediata, maxilar	\$300	\$400	1 (D5130) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.	
D5140	Prótesis inmediata, mandibular	\$300	\$400	1 (D5140) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.	
D5211	Prótesis dental parcial maxilar, con base de resina	\$300	\$325	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa.	
D5212	Prótesis dental parcial mandibular, base de resina	\$300	\$325		
D5213	Prótesis parcial maxilar, base de metal, base de resina	\$335	\$375		
D5214	Prótesis dental parcial mandibular de metal, con base de resina	\$335	\$375		
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina	\$275	\$300	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 período de 5 años de una dentadura inmediata.	
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina	\$275	\$300		
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura	\$330	\$375		
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura	\$330	\$375		
D5225	Prótesis parcial maxilar, base flexible	sin cobertura	\$375		
D5226	Prótesis parcial mandibular, base flexible	sin cobertura	\$375		
D5282	Dentadura parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, maxilar	sin cobertura	\$250		
D5283	Dentadura parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, mandibular	sin cobertura	\$250		
D5284	Dentadura parcial unilateral removible, base flexible de una pieza, por cuadrante	sin cobertura	\$250		
D5286	Dentadura parcial unilateral removible, resina de una pieza, por cuadrante	sin cobertura	\$250		
D5410	Ajuste de prótesis dental completa, maxilar	\$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 dental completa, mandibular	\$20	\$20		
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial, maxilar	\$20	\$20		
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial, mandibular	\$20	\$20		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de prostodoncia removible (continuación)					
D5511	Reparación de base rota de prótesis dental completa, mandibular	\$40	\$30	1 (D5511) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor	1 (D5511) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5512	Reparación de base rota de prótesis dental completa, maxilar	\$40	\$30	1 (D5512) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor	1 (D5512) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis dental completa	\$40	\$30	hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12	hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12
D5611	Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, mandibular	\$40	\$30	1 (D5611) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor	1 (D5611) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5612	Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, maxilar	\$40	\$30	1 (D5612) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor	1 (D5612) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5621	Reparación del marco parcial del molde, mandibular	\$40	\$35	1 (D5621) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor	1 (D5621) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5622	Reparación del marco parcial del molde, maxilar	\$40	\$35	1 (D5622) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor	1 (D5622) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales de retenedores rotos, por diente	\$50	\$30	3 (D5630) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12	3 (D5630) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12
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	4 (D5640) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12
D5650	Adición de un diente a la prótesis dental 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	Adición de un retenedor a la prótesis dental 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 acrílico en la base de metal, maxilar	sin cobertura	\$195		1 (D5670) cada 36 meses
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, mandibular	sin cobertura	\$195		1 (D5671) cada 36 meses
D5710	Reajuste de prótesis dental maxilar completa	sin cobertura	\$155		1 (D5710, D5720) en total cada 12 meses
D5711	Reajuste de prótesis dental mandibular completa	sin cobertura	\$155		1 (D5711, D5721) en total cada 12 meses
D5720	Reajuste de prótesis dental maxilar parcial	sin cobertura	\$150		1 (D5710, D5720) en total cada 12 meses
D5721	Reajuste de prótesis dental mandibular parcial	sin cobertura	\$150		1 (D5711, D5721) en total cada 12 meses
D5730	Recubrimiento de dentadura maxilar completa, directa	\$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.
D5731	Recubrimiento de dentadura mandibular completa, directa	\$60	\$80		
D5740	Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, directa	\$60	\$75		
D5741	Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, directa	\$60	\$75		
D5750	Recubrimiento de dentadura maxilar completa, indirecta	\$90	\$120		
D5751	Recubrimiento de dentadura mandibular completa, indirecta	\$90	\$120		
D5760	Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, indirecta	\$80	\$110		
D5761	Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, indirecta	\$80	\$110		
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$30	\$35		
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$30	\$35	2 (D5851) cada 36 meses	1 (D5851) cada 36 meses
D5862	Aditamentos de precisión, según informe	\$90	sin cobertura		
D5863	Sobredentadura, completa, maxilar	\$300	sin cobertura	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 - dentadura completa.	
D5864	Sobredentadura, parcial, maxilar	\$300	sin cobertura		
D5865	Sobredentadura, completa, mandibular	\$300	sin cobertura		
D5866	Sobredentadura, parcial, mandibular	\$300	sin cobertura		
D5876	Agregar una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica (por arco)	sin cobertura	\$30		
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible sin especificar, según informe	\$350	\$400		
Servicios maxilofaciales protésicos					
D5911	Creación de molde facial (seccional)	\$285	sin cobertura		
D5912	Creación de molde facial (completo)	\$350	sin cobertura		
D5913	Prótesis nasal	\$350	sin cobertura		
D5914	Prótesis auricular	\$350	sin cobertura		
D5915	Prótesis orbital	\$350	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios maxilofaciales protésicos (continuación)					
D5916	Prótesis ocular	\$350	sin cobertura		
D5919	Prótesis facial	\$350	sin cobertura		
D5922	Prótesis nasal septal	\$350	sin cobertura		
D5923	Prótesis ocular, temporal	\$350	sin cobertura		
D5924	Prótesis craneal	\$350	sin cobertura		
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	\$200	sin cobertura		
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200	sin cobertura		
D5927	Prótesis auricular, sustitución	\$200	sin cobertura		
D5928	Prótesis orbital, reemplazo	\$200	sin cobertura		
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200	sin cobertura		
D5931	Prótesis de obturador, quirúrgica	\$350	sin cobertura		
D5932	Prótesis de obturador, definitiva	\$350	sin cobertura		
D5933	Prótesis de obturador, modificación	\$150	sin cobertura	2 (D5933) cada 12 meses	
D5934	Prótesis de resección mandibular con brida guía	\$350	sin cobertura		
D5935	Prótesis de resección mandibular sin brida guía	\$350	sin cobertura		
D5936	Prótesis de obturador, temporal	\$350	sin cobertura		
D5937	Aparato trismo (no para tratamiento de DTM)	\$85	sin cobertura		
D5951	Alimentador	\$135	sin cobertura	menores de 18 años	
D5952	Prótesis para el habla, pediátrica	\$350	sin cobertura	menores de 18 años	
D5953	Prótesis para el habla, adulto	\$350	sin cobertura	a partir de los 18 años	
D5954	Prótesis de aumento de paladar	\$135	sin cobertura		
D5955	Prótesis de elevación de paladar, definitiva	\$350	sin cobertura		
D5958	Prótesis de elevación de paladar, temporal	\$350	sin cobertura		
D5959	Prótesis de elevación de paladar, modificación	\$145	sin cobertura	2 (D5959) cada 12 meses	
D5960	Prótesis para el habla, modificación	\$145	sin cobertura	2 (D5960) cada 12 meses	
D5982	Stent quirúrgico	\$70	sin cobertura		
D5983	Portador de radiación	\$55	sin cobertura		
D5984	Protector de radiación	\$85	sin cobertura		
D5985	Cono localizador de radiación	\$135	sin cobertura		
D5986	Portador de gel de flúor	\$35	sin cobertura		
D5987	Férula de comisura	\$85	sin cobertura		
D5988	Férula quirúrgica	\$95	sin cobertura		
D5991	Portador de medicamentos para enfermedades de la piel	\$70	sin cobertura		
D5999	Prótesis maxilofacial sin especificar, según informe	\$350	sin cobertura		
Servicios de implantes					
D6010	Implantación quirúrgica, endosteal	\$350	sin cobertura	Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales	
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (cirugía de segunda etapa)	\$350	sin cobertura		
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	\$350	sin cobertura		
D6040	Implante quirúrgico: implante endosteal	\$350	sin cobertura		
D6050	Implante quirúrgico: implante transóseo	\$350	sin cobertura		
D6052	Pilar de aditamento de semiprecisión	\$350	sin cobertura		
D6055	Barra conectora, soporte de implante o de pilar	\$350	sin cobertura		
D6056	Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación	\$135	sin cobertura		
D6057	Soporte fabricado a la medida, incluye colocación	\$180	sin cobertura		
D6058	Corona de porcelana/cerámica c/soporte	\$320	sin cobertura		
D6059	Corona de porcelana fundida con metal de alta nobleza, con soporte	\$315	sin cobertura		
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal base, con soporte	\$295	sin cobertura		
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal noble, con soporte	\$300	sin cobertura		
D6062	Corona de metal c/soporte, metal de alta nobleza	\$315	sin cobertura		
D6063	Corona de metal fundido c/soporte, metal base	\$300	sin cobertura		
D6064	Corona de metal c/soporte, metal noble	\$315	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de implantes (continuación)					
D6065	Corona de porcelana/cerámica con implante de soporte	\$340	sin cobertura	Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales	
D6066	Corona con soporte de implante, porcelana con aleaciones altamente nobles	\$335	sin cobertura		
D6067	Corona con soporte de implante, aleaciones altamente nobles	\$340	sin cobertura		
D6068	Retenedor para PFP de porcelana/cerámica	\$320	sin cobertura		
D6069	Retenedor para PFP de metal, de alta nobleza	\$315	sin cobertura		
D6070	Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal base	\$290	sin cobertura		
D6071	Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal noble	\$300	sin cobertura		
D6072	Retenedor para PFP de metal, de alta nobleza	\$315	sin cobertura		
D6073	Retenedor para PFP de metal, metal base	\$290	sin cobertura		
D6074	Retenedor para PFP de metal, metal noble	\$320	sin cobertura		
D6075	Retenedor para PFP de cerámica	\$335	sin cobertura		
D6076	Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles	\$330	sin cobertura		
D6077	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones altamente nobles	\$350	sin cobertura		
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes, prótesis retiradas/reinsertadas, incluye	\$30	sin cobertura		
D6081	Limpieza y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante	\$30	sin cobertura		
D6082	Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente nobles	\$335	sin cobertura		
D6083	Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones nobles	\$335	sin cobertura		
D6084	Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$335	sin cobertura		
D6085	Implante de corona provisional	\$300	sin cobertura		
D6086	Corona con soporte de implante, con aleaciones predominantemente base	\$340	sin cobertura		
D6087	Corona con soporte de implante, aleaciones nobles	\$340	sin cobertura		
D6088	Corona con soporte de implante, titanio y aleaciones de titanio	\$340	sin cobertura		
D6090	Reparación de prótesis con soporte de implante, según informe	\$65	sin cobertura		
D6091	Sustitución de la parte reemplazable del aditamento de semiprecisión, precisión, prótesis con soporte de implante/pilar, por aditamento	\$40	sin cobertura		
D6092	Recementación o reunión del implante/estructura con corona de soporte	\$25	sin cobertura		
D6093	Recementación o reunión del implante/estructura con PFP de soporte	\$35	sin cobertura		
D6094	Corona con soporte pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$295	sin cobertura		
D6095	Reparación de soporte de implante, según informe	\$65	sin cobertura		
D6096	Extracción del tornillo de retención del implante roto	\$60	sin cobertura		
D6097	Corona con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$315	sin cobertura		
D6098	Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base	\$330	sin cobertura		
D6099	Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones nobles	\$330	sin cobertura		
D6100	Remoción del implante, según informe	\$110	sin cobertura		
D6110	Dentadura removible con implante/soporte, maxilar	\$350	sin cobertura		
D6111	Dentadura removible con implante/soporte, mandibular	\$350	sin cobertura		
D6112	Dentadura removible con implante/soporte, parcial, maxilar	\$350	sin cobertura		
D6113	Dentadura removible con implante/soporte, parcial, mandibular	\$350	sin cobertura		
D6114	Dentadura fija con implante/soporte, maxilar	\$350	sin cobertura		
D6115	Dentadura fija con implante/soporte, mandibular	\$350	sin cobertura		
D6116	Dentadura fija con implante/soporte, parcial, maxilar	\$350	sin cobertura		
D6117	Dentadura fija con implante/soporte, parcial, mandibular	\$350	sin cobertura		
D6120	Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$330	sin cobertura		
D6121	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones predominantemente base	\$350	sin cobertura		
D6122	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones nobles	\$350	sin cobertura		
D6123	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, titanio y aleaciones de titanio	\$350	sin cobertura		
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe	\$75	sin cobertura		
D6194	Corona de retención con soporte pilar para PFP de titanio, titanio y aleaciones de titanio	\$265	sin cobertura		
D6195	Retenedor con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$315	sin cobertura		
D6199	Procedimiento de implante no especificado, según informe	\$350	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de prostodónticos fijos					
*PAUTAS para pónicos, onlays, coronas: Aplica solo para adultos					
La cantidad total máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos mejorados (explicados abajo) es \$250.00 por diente. A los proveedores se les requiere explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo mejorado.					
1. Restauraciones de marca: (p. ej., Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, All Ceram, Procera, Lava, etc.) pueden considerarse procedimientos electivos mejorados si sus códigos relacionados de procedimiento CDT no se listan como beneficios cubiertos.					
2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina con metal base o porcelana con metal base son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo mejorado.					
3. Beneficios para dientes molares: Las restauraciones de metal base fundido son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y de porcelana con metal pueden considerarse procedimientos electivos mejorados. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo mejorado.					
4. El beneficio es el metal base: Si se elige, a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio pueden considerarse un procedimiento de mejoramiento electivo.					
D6205	Pónico de compuesto a base de resina, indirecto*	sin cobertura	\$165		
D6210	Pónico de metal de alta nobleza fundido*	sin cobertura	\$300		
D6211	Pónico con metal base predominante fundido	\$300	\$300		
D6212	Pónico con metal noble fundido*	sin cobertura	\$300		
D6214	Pónico, titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D6240	Pónico de porcelana con metal de alta nobleza*	sin cobertura	\$300		
D6241	Pónico de porcelana con metal base predominante*	\$300	\$300		
D6242	Pónico de porcelana con metal noble*	sin cobertura	\$300		
D6243	Pónico, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D6245	Pónico de porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6250	Pónico de resina con metal de alta nobleza*	sin cobertura	\$300		
D6251	Pónico de resina con metal base predominante*	\$300	\$300		
D6252	Pónico de resina con metal noble*	sin cobertura	\$300		
D6545	Retenedor, metal para prótesis fijas retenidas por resina	sin cobertura	\$130		
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica para prótesis retenidas por resina*	sin cobertura	\$145		
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fijas retenidas por resina	sin cobertura	\$130		
D6608	Retenedor onlay, porcelana/cerámica, dos superficies*	sin cobertura	\$200		
D6609	Retenedor onlay, porcelana/cerámica, tres o más superficies*	sin cobertura	\$200		
D6610	Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, dos superficies*	sin cobertura	\$200		
D6611	Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, tres o más superficies*	sin cobertura	\$200		
D6612	Retenedor onlay, metal base fundido, dos superficies	sin cobertura	\$200		
D6613	Retenedor onlay, metal base fundido, tres o más superficies	sin cobertura	\$200		
D6614	Retenedor onlay, metal noble fundido, dos superficies*	sin cobertura	\$200		
D6615	Retenedor onlay, metal noble fundido, tres o más superficies*	sin cobertura	\$200		
D6634	Retenedor onlay, titanio*	sin cobertura	\$200		
D6710	Retenedor corona, compuesto de resina base indirecta	sin cobertura	\$200		
D6720	Retenedor corona, resina con metal de alta nobleza*	sin cobertura	\$300		
D6721	Retenedor corona, resina con metal base predominante	\$300	\$300		
D6722	Retenedor corona, resina con metal noble*	sin cobertura	\$300		
D6740	Retenedor corona, porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6751	Retenedor corona, porcelana fundida con metal base predominante*	\$300	\$300		
D6752	Retenedor corona, porcelana con metal noble*	sin cobertura	\$300		
D6753	Corona de retención, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D6781	Retenedor corona, ¼ metal base predominante	\$300	\$300		
D6782	Retenedor corona, ¼ metal noble fundido*	sin cobertura	\$300		
D6783	Retenedor corona, ¼ porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6784	Corona de retención ¼, titanio y aleaciones de titanio*	\$300	\$300		
D6791	Retenedor corona, metal base predominante completo	\$300	\$300		
D6794	Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D6930	Recementación o reunión de prótesis dental parcial fija	\$40	\$40		
D6980	Reparación de prótesis dental parcial fija, falla de material de restauración	\$95	\$95		

1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un periodo de 5 años, a partir de los 13 años

1 de (D2542-D2794 D6205-D6794) por diente cada 5 años

1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un periodo de 5 años, a partir de los 13 años



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
	Servicios de prostodoncia fija (continuación)				
D6999	Procedimiento de prostodoncia fijo sin especificar, según informe	\$350	\$400		
	Servicios orales y maxilofaciales				
PAUTA:					
La extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas es un beneficio cubierto solamente cuando hay prueba de una patología					
D7111	Extracción, residuos coronales, dientes primarios	\$40	\$40		
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíz expuesta	\$65	\$65		
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere remoción del hueso y/o seccionamiento del diente	\$120	\$115		
D7220	Extracción de un diente impactado, tejido blando	\$95	\$85		
D7230	Extracción de un diente impactado, con retención intraósea parcial	\$145	\$145		
D7240	Remoción de un diente impactado, con retención intraósea completa	\$160	\$160		
D7241	Extracción de un diente impactado, con retención intraósea completa, y complicaciones	\$175	\$175		
D7250	Extracción de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)	\$80	\$75		
D7260	Cierre de fistula oroantral	\$280	\$280		
D7261	Cierre primario de una perforación de los senos	\$285	\$285		
D7270	Reimplantación y/o estabilización de dientes, accidente	\$185	\$185	1 (D7270) por arco	
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$220	\$220		
D7283	Instalación, aparato para facilitar la erupción, impactación	\$85	\$85		
D7285	Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)	\$180	\$180	1 (D7285) por arco, por fecha de servicio	1 (D7285) por arco, por fecha de servicio
D7286	Biopsia incisional de tejido oral, blando	\$110	\$110	hasta 3 (D7286) por fecha de servicio	
D7287	Recolección exfoliativa de muestra citológica	sin cobertura	\$35		
D7288	Biopsia con cepillo, recolección de muestra transeptal	sin cobertura	\$35		
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de un diente	\$185	sin cobertura	1 (D7290) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo	
D7291	Fibrotomía supra crestal/transseptal, según informe	\$80	sin cobertura	1 (D7291) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo	
D7310	Alveoplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$85	\$85		
D7311	Alveoplastia con extracciones, uno a tres dientes por cuadrante	\$50	\$50		
D7320	Alveoplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante	\$120	\$120		
D7321	Alveoplastia sin extracciones, uno a tres dientes por cuadrante	\$65	\$65		
D7340	Vestibuloplastia, extensión de superficie (2 ^{da} epitelización)	\$350	\$350	1 (D7340) por arco cada 5 años	1 (D7340) por arco cada 5 años
D7350	Vestibuloplastia, extensión de superficie	\$350	\$350	1 (D7350) por arco	1 (D7350) por arco
D7410	Excisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75	sin cobertura		
D7411	Excisión de lesión benigna mayor a 1.25 cm	\$115	sin cobertura		
D7412	Excisión de lesión benigna, complicada	\$175	sin cobertura		
D7413	Excisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95	sin cobertura		
D7414	Excisión de lesión maligna mayor a 1.25 cm	\$120	sin cobertura		
D7415	Excisión de lesión maligna, complicada	\$255	sin cobertura		
D7440	Excisión de tumor maligno de hasta 1.25 cm	\$105	sin cobertura		
D7441	Excisión de tumor maligno mayor a 1.25 cm	\$185	sin cobertura		
D7450	Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno de hasta 1.25 cm	\$180	\$180		
D7451	Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm	\$330	\$330		
D7460	Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno de hasta 1.25 cm	\$155	\$180		
D7461	Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno mayor de 1.25 cm	\$250	\$250		
D7465	Destrucción de lesión(es) con métodos físicos/químicos, según informe	\$40	sin cobertura		
D7471	Remoción de exostosis, maxilar o mandibular	\$140	\$140	1 (D7471) por cuadrante	
D7472	Extracción del rodete palatino (<i>torus palatinus</i>)	\$145	\$140	1 (D7472) de por vida	
D7473	Extracción del rodete mandibular (<i>torus mandibularis</i>)	\$140	\$140	1 (D7473) por cuadrante	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$105	\$105	1 (D7485) por cuadrante	
D7490	Resección radical maxilar o mandibular	\$350	sin cobertura		
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	



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios orales y maxilofaciales (continuación)					
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	\$70	\$70		
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado	\$80	\$80		
D7530	Remoción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido	\$45	\$45	1 (D7530) por fecha de servicio	1 (D7530) por fecha de servicio
D7540	Remoción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético	\$75	sin cobertura	1 (D7540) por fecha de servicio	
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso no vital	\$125	\$125	1 (D7550) por cuadrante, por fecha de servicio	
D7560	Sinusetomía maxilar para la remoción del fragmento de diente o un cuerpo extraño	\$235	\$235		
D7610	Maxilar, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)	\$140	sin cobertura		
D7620	Maxilar, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)	\$250	sin cobertura		
D7630	Mandíbula, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)	\$350	sin cobertura		
D7640	Mandíbula, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)	\$350	sin cobertura		
D7650	Arco malar o cigomático, reducción abierta	\$350	sin cobertura		
D7660	Arco malar o cigomático, reducción cerrada	\$350	sin cobertura		
D7670	Alvéolo, reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes	\$170	sin cobertura		
D7671	Alvéolo, reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes	\$230	sin cobertura		
D7680	Huesos faciales, reducción complicada con fijación, múltiples enfoques quirúrgicos	\$350	sin cobertura		
D7710	Maxilar, reducción abierta	\$110	sin cobertura		
D7720	Maxilar, reducción cerrada	\$180	sin cobertura		
D7730	Mandíbula, reducción abierta	\$350	sin cobertura		
D7740	Mandíbula, reducción cerrada	\$290	sin cobertura		
D7750	Arco malar o cigomático, reducción abierta	\$220	sin cobertura		
D7760	Arco malar o cigomático, reducción cerrada	\$350	sin cobertura		
D7770	Alvéolo, reducción abierta con estabilización de dientes	\$135	sin cobertura		
D7771	Alvéolo, reducción cerrada con estabilización de dientes	\$160	sin cobertura		
D7780	Huesos faciales, reducción complicada con fijación y múltiples enfoques	\$350	sin cobertura		
D7810	Reducción abierta de dislocación	\$350	sin cobertura		
D7820	Reducción cerrada de dislocación	\$80	sin cobertura		
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85	sin cobertura		
D7840	Condilectomía	\$350	sin cobertura		
D7850	Dissectomía quirúrgica, con/sin implante	\$350	sin cobertura		
D7852	Reparación de disco	\$350	sin cobertura		
D7854	Sinovectomía	\$350	sin cobertura		
D7856	Miotomía	\$350	sin cobertura		
D7858	Reconstrucción de articulación	\$350	sin cobertura		
D7860	Artrotomía	\$350	sin cobertura		
D7865	Artroplastia	\$350	sin cobertura		
D7870	Artrocentesis	\$90	sin cobertura		
D7871	Lisis y lavado no artroscópicos	\$150	sin cobertura		
D7872	Artroscopia, diagnóstico, con o sin biopsia	\$350	sin cobertura		
D7873	Artroscopia: lavado y lisis de adherencias	\$350	sin cobertura		
D7874	Artroscopia: reposicionamiento de disco y estabilización	\$350	sin cobertura		
D7875	Artroscopia: sinovectomía	\$350	sin cobertura		
D7876	Artroscopia: disectomía	\$350	sin cobertura		
D7877	Artroscopia: desbridamiento	\$350	sin cobertura		
D7880	Dispositivo ortopédico oclusal, según informe	\$120	sin cobertura		
D7881	Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal	\$30	sin cobertura		
D7899	Terapia DTM especificada, según informe	\$350	sin cobertura		
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	\$35	sin cobertura		
D7911	Sutura complicada, hasta 5 cm	\$55	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
 Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios orales y maxilofaciales (continuación)					
D7912	Sutura complicada, más de 5 cm	\$130	sin cobertura		
D7920	Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)	\$120	sin cobertura		
D7922	Colocación de un apósito biológico intraalveolar para ayudar en la hemostasia o el coágulo, estabilización, por sitio	\$80	\$80		1 (D7922) por diente de por vida
D7940	Osteoplastia, para deformidades ortognáticas	\$160	sin cobertura		
D7941	Osteotomía, ramas mandibulares	\$350	sin cobertura		
D7943	Osteotomía, ramas mandibulares con injerto óseo; incluye la obtención del injerto	\$350	sin cobertura		
D7944	Osteotomía, segmentado o subapical	\$275	sin cobertura		
D7945	Osteotomía, cuerpo de la mandíbula	\$350	sin cobertura		
D7946	LeFort I (maxilar, total)	\$350	sin cobertura		
D7947	LeFort I (maxilar, segmentada)	\$350	sin cobertura		
D7948	LeFort II o LeFort III sin injerto óseo	\$350	sin cobertura		
D7949	LeFort II o LeFort III con injerto óseo	\$350	sin cobertura		
D7950	Injerto óseo, osteoperiosteal, de cartílago, mandibular o maxilar, según informe	\$190	sin cobertura		
D7951	Aumento sinusal con huesos o sustitutos de hueso a través de un enfoque abierto lateral	\$290	sin cobertura		
D7952	Aumento sinusal a través de un enfoque vertical	\$175	sin cobertura		
D7955	Reparación de defecto de tejido maxilofacial suave o duro	\$200	sin cobertura		
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$120	\$120	1 (D7961) por arco, por fecha de servicio	
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$120	\$120	1 (D7962) por arco, por fecha de servicio	
D7963	Frenuloplastia	\$120	\$120	1 (D7963) por arco, por fecha de servicio	
D7970	Excisión del tejido hiperplástico, por arco	\$175	\$176	1 (D7970) por arco, por fecha de servicio	
D7971	Excisión de encía pericoronaral	\$80	\$80		
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$100	sin cobertura	1 (D7972) por arco, por fecha de servicio	
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	\$155	\$350		
D7980	Sialolitotomía quirúrgica	\$155	sin cobertura		
D7981	Excisión de glándula salival, según informe	\$120	sin cobertura		
D7982	Sialodocoplastia	\$215	sin cobertura		
D7983	Cierre de fístula salival	\$140	sin cobertura		
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350	sin cobertura		
D7991	Coronoidectomía	\$345	sin cobertura		
D7995	Injerto sintético, huesos de mandíbula o faciales, según informe	\$150	sin cobertura		
D7997	Remoción de aparato (no por el dentista que lo colocó), incluye la remoción de la barra del arco	\$60	sin cobertura	1 (D7997) por arco, por fecha de servicio	
D7999	Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, según informe	\$350	sin cobertura		
Servicios ortodónticos					
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, independiente mente del año del plan, siempre y cuando el miembro se mantenga inscrito en el plan	sin cobertura	a partir de los 13 años	
D8210	Terapia de aparato removible		sin cobertura	1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años	
D8220	Terapia de aparato fijo		sin cobertura	1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años	
D8660	Examen de tratamiento pre-ortodóntico para monitorear el crecimiento y el desarrollo		sin cobertura	1 (D8660) cada 3 meses por un máximo de 6	
D8670	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia		sin cobertura	1 (D8670) por trimestre calendario	
D8680	Retención ortodóntica (retiro de aparatos, construcción y colocación de dispositivo(s) de retención)		sin cobertura	1 (D8680) por arco por cada fase autorizada de tratamiento ortodóntico	
D8681	Ajuste de retenedor removible de ortodoncia		sin cobertura		
D8696	Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar		sin cobertura	1 de (D8696, D8697) por arco	
D8697	Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular		sin cobertura		
D8698	Recementación o reunión del retenedor fijo, maxilar		sin cobertura	1 de (D8698, D8699) por arco, por proveedor	
D8699	Recementación o reunión del retenedor fijo, mandibular		sin cobertura		
D8701	Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, maxilar		sin cobertura		
D8702	Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, mandibular		sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios ortodónticos (continuación)					
D8703	Reemplazo del retenedor perdido o roto, maxilar	\$350 por curso de tratamiento, independiente mente del año del plan, siempre y cuando el miembro se mantenga inscrito en el plan	sin cobertura	1 de (D8703, D8704) por arco	
D8704	Reemplazo del retenedor perdido o roto, mandibular		sin cobertura		
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, según informe		sin cobertura		
Servicios auxiliares generales					
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia), procedimiento menor	\$30	\$28	1 (D9110) por fecha de servicio	
D9120	Seccionamiento de prótesis fija plural	\$95	\$95		
D9210	Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$10	\$10	1 (D9210) por fecha de servicio	
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$20	\$20		
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	\$60	\$60		
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$15	\$15		
PAUTA 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.					
PAUTA PARA ADULTOS:					
La sedación profunda y sedación consciente IV son beneficios cubiertos solo en combinación con procedimientos de cirugía oral cubiertos cuando se realizan en un consultorio dental por un profesional que actúa dentro del ámbito de su certificación. La aprensión y/o el nerviosismo del paciente no son en sí mismos una justificación suficiente.					
D9222	Sedación profunda/anestesia general, incremento los primeros 15 minutos	\$45	\$45		
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incremento subsiguiente cada 15 minutos	\$45	\$45		
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$15	sin cobertura		
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento los primeros 15 minutos	\$60	\$45		
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento subsiguiente cada 15 minutos	\$60	\$45		
D9248	Sedación (consciente) no intravenosa, incluye sedación mínima y moderada no intravenosa	\$65	sin cobertura		
D9310	Consulta, aparte de solicitar un dentista	\$50	\$45		
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	sin costo	sin costo		
D9410	Llamado telefónico al hogar/centro de cuidado extendido	\$50	sin cobertura		
D9420	Llamada a un hospital o centro quirúrgico ambulatorio	\$135	sin cobertura		
D9430	Visitas al consultorio, observación, horas regulares, no incluye otros servicios	\$20	\$12	1 (D9430) por fecha de servicio, por proveedor	1 (D9430) por fecha de servicio, por proveedor
D9440	Visitas de oficina, después del horario de atención regular	\$45	\$40	1 (D9440) por fecha de servicio, por proveedor	1 (D9440) por fecha de servicio, por proveedor
D9450	Presentación de caso, tratamiento detallado y exhaustivo	sin cobertura	sin costo		
D9610	Droga parenteral terapéutica, una sola dosis	\$30	sin cobertura	4 (D9610) por fecha de servicio	
D9612	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos.	\$40	sin cobertura	4 (D9612) por fecha de servicio	
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$20	\$22	1 (D9910) por diente cada 12 meses, solo para dientes permanentes	
D9930	Tratamiento de complicaciones, poscirugía, inusual, según informe	\$35	\$50	1 (D9930) por fecha de servicio, por proveedor	1 (D9930) por fecha de servicio, por proveedor
D9942	Reparación y/o realineamiento de la guarda oclusal	sin cobertura	\$35		
D9943	Ajuste de guarda oclusal	sin cobertura	\$35		
D9944	Protector oclusal, aparato duro, arco completo	sin cobertura	\$115		1 de (D9944-D9946) cada 5 años
D9945	Protector oclusal, aparato suave, arco completo	sin cobertura	\$115		
D9946	Protector oclusal, aparato duro, arco parcial	sin cobertura	\$115		
D9950	Análisis de oclusión, modelos montados en articulador	\$120	sin cobertura	1 (D9950) cada 12 meses, a partir de los 13 años	



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios auxiliares generales (continuación)					
D9951	Ajuste de oclusión, 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
D9952	Ajuste de oclusión, completo	\$210	\$210	1 (D9952) cada 12 meses, a partir de los 13 años	
D9995	Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real	sin costo	sin costo		
D9996	Teleodontología, asincrónica; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión	sin costo	sin costo		
D9997	Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica	sin costo	sin costo		1 (D9997) por fecha de servicio
D9999	Procedimiento complementario no especificado, según informe	sin costo	sin costo		

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 máximo gasto de bolsillo por un solo afiliado pediátrico será de \$350. Una familia con dos (2) o más afiliados pediátricos tendrá un máximo gasto de bolsillo combinado de \$700.

Una vez que el monto pagado por todos afiliados pediátricos es igual al límite máximo de gastos de bolsillo que se muestra arriba, no se requerirá un pago adicional por ninguno de los afiliados pediátricos por el resto del año del plan 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 HMO

Mercado de seguros médicos para pequeños negocios

Exclusiones generales:

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. 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 son reconocidos dentro de las normas profesionales dentales aceptadas generalmente, o cuya seguridad y eficacia no haya sido determinada para el uso en particular para la cual ha sido recomendada o indicada.
5. Los servicios prestados a los miembros sin costo, ya sea por el gobierno estatal o una agencia del mismo, por cualquier municipalidad, condado o por 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. 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, incluidos los servicios para adultos señalados como no cubiertos en el programa de copagos. A menos que el servicio califique bajo el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).
11. Tumores malignos.
12. Suministro de medicamentos no proporcionados normalmente en consultorio dental.
13. 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 o a sus limitaciones físicas.
14. Servicios de un pedodontista/dentista pediátrico, excepto cuando el Afiliado no puede ser tratado por su proveedor de la red, o el tratamiento por un pedodontista/dentista pediátrico sea médicamente necesario, o si su proveedor del plan es un pedodontista/odontopediatra.
15. Los servicios dentales que se reciben en un entorno de atención de emergencia por condiciones que no son emergencias si el afiliado razonablemente sabía que la 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.

Anexo 2:

**PRIMA, CUOTAS DE PREPAGO
Y CARGOS**

La prima de su grupo y otros cargos y cuotas se proporcionan al patrocinador del grupo

Anexo 3:



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 ayudarlo. 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)

សារ:សំខាន់: អ្នកអាចទទួលអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដើម្បីនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬគំរោងសុខភាពរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ ឬស្នើសុំព័ត៌មានជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ (ជាភាសាខ្មែរ ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ដូចជាអក្សរព្រាហ្ម ឬអក្សរពុម្ពធំៗ) 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 ntauv (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)