



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

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

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

Deducible individual: Ninguno - Deducible familiar: Ninguno

Periodo de espera: Ninguno

Límite de beneficios anuales: Ninguno

Copago por visita al consultorio: Sin 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	adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de diagnóstico					
D0120	Examen bucal periódico - paciente establecido	sin costo	sin costo	1 (D0120) cada 6 meses por proveedor	1 (D0120) cada 6 meses por proveedor
D0140	Examen bucal limitado - enfocado en un problema	sin costo	sin costo	1 (D0140) por paciente por proveedor	1 (D0140) por paciente por proveedor
D0145	Examen bucal para un paciente menor de tres años	sin costo	sin cobertura		
D0150	Examen bucal integral - paciente nuevo o establecido	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 bucal detallada y exhaustiva, enfocada al problema, según reporte	sin costo	sin costo	1 (D0160) por paciente por proveedor	1 (D0160) por paciente por proveedor
D0170	Re-evaluación - limitada, enfocada en el 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 – visita [posoperatoria] postoperatoria al consultorio	sin costo	sin costo		
D0180	Examen periodontal integral - paciente nuevo o establecido	sin costo	sin costo	solo se facturará como D0150	1 (D0180) cada 6 meses
D0190	Examinación de un paciente	sin cobertura	sin costo		
D0191	Evaluación de un paciente	sin cobertura	sin costo		
D0210	Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas	sin costo	sin costo	1 (D0210) cada 36 meses por proveedor	1 (D0210) cada 36 meses por proveedor
D0220	Intraoral - primera imagen radiográfica periapical	sin costo	sin costo	20 de autorizaciones previas para (D0220, D0230) en un período de 12 meses por el mismo proveedor	20 de autorizaciones previas para (D0220, D0230) en un período de 12 meses por el mismo proveedor
D0230	Intraoral - cada imagen radiográfica periapical adicional	sin costo	sin costo		
D0240	Intraoral – imagen radiográfica oclusal	sin costo	sin costo	2 (D0240) cada 6 meses, por proveedor	2 (D0240) cada 6 meses, por proveedor
D0250	Extraoral: imagen radiográfica con proyección en 2D creada mediante una fuente de	sin costo	sin costo	1 (D0250) por fecha de servicio	1 (D0250) cada 6 meses
D0251	Extraoral: imagen radiográfica dental, posterior	sin costo	sin cobertura	1 (D0251) por fecha de servicio	1 (D0251) cada 6 meses
D0270	Aleta de mordida - imagen radiográfica simple	sin costo	sin costo	1 (D0270) por fecha de servicio	1 (D0270) por fecha de servicio
D0272	Aletas de mordida - dos imágenes radiográficas	sin costo	sin costo	1 (D0272) cada 6 meses por proveedor	1 de (D0272-D0277) cada 6 meses por proveedor
D0273	Aletas de mordida - tres imágenes radiográficas	sin costo	sin costo	reducir el valor al código D0270 y D0272	
D0274	Aletas de mordida - cuatro imágenes radiográficas	sin costo	sin costo	1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, a partir de los 10 años	
D0277	Aletas de mordida verticales - 7 a 8 imágenes radiográficas	sin costo	sin costo	reducir el valor al código D0274	
D0310	Sialografía	sin costo	sin costo		
D0320	Artrograma de la articulación temporomandibular, incluye inyección	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	Imagen radiográfica panorámica	sin costo	sin costo	1 (D0330) cada 36 meses por proveedor	1 (D0330) cada 36 meses por proveedor
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D: adquisición, medición y análisis	sin costo	sin costo	2 (D0340) cada 12 meses, por proveedor	2 (D0340) cada 12 meses, por proveedor
D0350	Imágenes fotográficas bucales/faciales 2D obtenidas intra- o extraoralmente	sin costo	sin costo	4 (D0350) por fecha de servicio	4 (D0350) por fecha de servicio
D0351	Imagen fotográfica 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 prediagnóstica complementaria para facilitar la detección de anomalías de la mucosa	sin cobertura	sin costo		
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	sin costo	sin costo		
D0470	Moldes de diagnóstico	sin costo	sin costo	1 (D0470) por proveedor, solo un beneficio con los servicios de ortodoncia cubiertos para los dientes permanentes	1 (D0470) por proveedor
D0502	Otros procedimientos de patología oral, por informe	sin costo	sin costo		
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de bajo riesgo	sin costo	sin costo		
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado	sin costo	sin costo		
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de alto riesgo	sin costo	sin costo		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

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 - adultos	sin costo	sin costo	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D1120	Profilaxis - niños	sin costo	sin cobertura		
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	sin costo	sin costo	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1208	Aplicación tópica de fluoruro - excluyendo el barniz	sin costo	sin costo		
D1310	Asesoría nutricional para controlar enfermedades dentales	sin costo	sin costo		
D1320	Asesoría acerca del uso del tabaco para el control y la prevención de las enfermedades bucodentales	sin costo	sin costo		
D1330	Instrucciones de higiene bucal	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 preventiva de resina en pacientes con riesgo moderado a alto de caries - diente	sin costo	sin cobertura		
D1353	Reparación con sellador - por diente	sin costo	sin cobertura	1 (D1353) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar	
D1354	Aplicación provisoria de medicamento para el tratamiento de 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	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente,	
D1516	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, maxilar	sin costo	sin cobertura	1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años	
D1517	Mantenedor de espacio - fijo - bilateral, mandibular	sin costo	sin cobertura	1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años	
D1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por pacientes, para menores de 18 años	
D1526	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, maxilar	sin costo	sin cobertura	1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años	
D1527	Mantenedor de espacio - removible - bilateral, mandibular	sin costo	sin cobertura	1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años	
D1551	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, maxilar	sin costo	sin cobertura	1 de (D1551, D1552) por arco, cada 12 meses, para menores de 18 años	
D1552	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	sin costo	sin cobertura		
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura	1 (D1553) por cuadrante cada 12 meses, para menores de 18 años	
D1556	Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante	sin costo	sin cobertura		
D1557	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, maxilar	sin costo	sin cobertura		
D1558	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, mandibular	sin costo	sin cobertura		
D1575	Mantenedor de espacio zapatilla distal, fijo, unilateral, por cuadrante	sin costo	sin cobertura		
Servicios de restauración					
D2140	Amalgamas - una superficie, en dientes temporales o permanentes	\$25	\$25	dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses. dientes permanentes - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) cada 36 meses
D2150	Amalgamas- dos superficies, en dientes temporales o permanentes	\$30	\$30		
D2160	Amalgamas- tres superficies, en dientes temporales o permanentes	\$40	\$40		
D2161	Amalgamas- cuatro o más superficies, en dientes temporales o permanentes	\$45	\$45		
D2330	Composite a base resinas - una superficie, anterior	\$30	\$30		
D2331	Composite a base resinas - dos superficies, anteriores	\$45	\$45		
D2332	Composite a base resinas - tres superficies, anteriores	\$55	\$55		
D2335	Composite a base resinas - cuatro o más superficies, o que involucre el ángulo incisal	\$60	\$60		
D2390	Corona de composite a base de resinas, anterior	\$50	\$50	dientes primarios - 1 (D2390) por diente cada 12 meses dientes permanentes - 1 (D2390) por diente cada 36 meses	1 (D2390) por diente cada 36 meses
D2391	Composite a base resinas - una superficie, posterior	\$30	\$30	dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses. dientes permanentes - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) cada 36 meses
D2392	Composite a base resinas - dos superficies, posteriores	\$40	\$40		
D2393	Composite a base resinas - tres superficies, posteriores	\$50	\$50		
D2394	Composite a base resinas - cuatro o más superficies, posteriores	\$70	\$70		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

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	Sobreincrustación - metálica - dos superficies	sin cobertura	\$185		
D2543	Sobreincrustación - metálica - tres superficies	sin cobertura	\$200		
D2544	Sobreincrustación - metálica - cuatro o más superficies	sin cobertura	\$215		
D2642	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - dos superficies	sin cobertura	\$250		
D2643	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - tres superficies	sin cobertura	\$275		
D2644	Sobreincrustación - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies	sin cobertura	\$300		
D2662	Sobreincrustación – composite a base de resinas - composite a base resinas - dos superficies	sin cobertura	\$160		
D2663	Sobreincrustación – composite a base resinas - tres superficies	sin cobertura	\$180		
D2664	Sobreincrustación – composite a base de resinas - cuatro o más superficies	sin cobertura	\$200		
D2710	Corona – compuesto a base de resina (indirecta)	\$140	\$140		
D2712	Corona – ¾ de composite a base de resinas (indirecta)	\$190	\$200		
D2720	Corona - resina con metal altamente noble	sin cobertura	\$300		
D2721	Corona – resina con metal predominantemente de baja ley	\$300	\$300		
D2722	Corona - resina con metal noble	sin cobertura	\$300		
D2740	Corona - porcelana/cerámica	\$300	\$300		
D2750	Corona - porcelana fundida en metal altamente noble	sin cobertura	\$300		
D2751	Corona - porcelana fundida en metal predominantemente de baja ley	\$300	\$300		
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	sin cobertura	\$300		
D2753	Corona, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	sin cobertura	\$300		
D2780	Corona - ¾ por colado en metal altamente noble	sin cobertura	\$300		
D2781	Corona - ¾ por colado en metal predominantemente de baja ley	\$300	\$300		
D2782	Corona - ¾ por colado en metal noble	sin cobertura	\$300		
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica	\$310	\$310		
D2790	Corona - total por colado en metal altamente noble	sin cobertura	\$300		
D2791	Corona - total por colado en metal predominantemente de baja ley	\$300	\$300		
D2792	Corona - total por colado en metal noble	sin cobertura	\$300		
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	sin cobertura	\$300		
D2910	Recementado o readhesión de incrustaciones, sobreincrustaciones, carillas o restauraciones de	\$25	\$25	1 (D2910) por diente cada 12 meses, por proveedor	
D2915	Recementado o readhesión de perno y muñón colados o prefabricados	\$25	\$25		
D2920	Recementado o readhesión de corona	\$25	\$15	después de 12 meses de la colocación inicial con el mismo proveedor	
D2921	Readhesión de fragmento, borde incisal o cúspide de un diente	\$45	\$45		
D2929	Coronas prefabricadas de porcelana/cerámica - dientes primarios	\$95	sin cobertura		
D2930	Corona prefabricadas de acero inoxidable - diente temporal	\$65	sin cobertura	1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses	
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - diente permanente	\$75	\$75	1 (D2931) por diente cada 36 meses	1 (D2931) por diente cada 36 meses
D2932	Corona prefabricada de resina	\$75	sin cobertura	dientes primarios - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses	
D2933	Corona prefabricadas de acero inoxidable con cubierta de resina	\$80	sin cobertura	dientes permanentes – 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses	
D2940	Restauración de protección	\$25	\$20	1 (D2940) por diente cada 6 meses, por	1 (D2940) por diente cada 6 meses, por
D2941	Restauración terapéutica provisoria - dentición temporal	\$30	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²	
Servicios de restauración (continuación)						
D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	\$45	sin cobertura			
D2950	Refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan	\$20	\$20			
D2951	Retención con perno - por diente, además de la restauración	\$25	\$20	1 (D2951) por diente		
D2952	Perno y muñón (core) además de la corona, fabricados indirectamente	\$100	\$60	1 (D2952) por diente		
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, en el mismo diente	\$30	\$30			
D2954	Perno y muñón (core) prefabricados además de la corona	\$90	\$60	1 (D2954) por diente		
D2955	Remoción de poste	\$60	sin cobertura			
D2957	Cada perno prefabricado adicional, en el mismo diente	\$35	\$35			
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona debajo de la estructura de una p	\$35	sin cobertura			
D2980	Reparación de corona necesaria por fracaso del material de restauración	\$50	\$50	después de 12 meses de la colocación inicial de la corona con el mismo proveedor		
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, según informe	\$40	\$40			
Servicios de endodoncia						
D3110	Recubrimiento pulpar - directo (excluye restauración final)	\$20	\$20			
D3120	Recubrimiento pulpar - indirecto (excluye restauración final)	\$25	\$25			
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - extirpación de la desbridamiento de la pulpa, dientes temporales y permanentes	\$40	\$35	1 (D3220) por diente primario		
D3221	pulpa en dirección coronaria desde la unión cemento-dentinaria y aplicación de un medicamento	\$40	\$50	1 (D3221) por diente	1 (D3221) por diente	
D3222	Pulpotomía parcial para lograr una apicogénesis - diente permanente con desarrollo incompleto de raíz	\$60	sin cobertura	1 (D3222) por diente		
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - dientes temporales, anteriores	\$55	sin cobertura	1 de (D3230, D3240) por diente		
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible) - diente temporal, posterior	\$55	sin cobertura			
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final)	\$195	\$200	1 de (D3310, D3320, D3330) por diente		
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$235	\$235			
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)	\$300	\$300			
D3331	Tratamiento de una obstrucción del conducto radicular	\$50	\$50			
D3332	Terapia endodóncica incompleta; diente inoperable, irreparable o fracturado	sin cobertura	\$85			
D3333	Reparación radicular interna de los defectos por perforaciones	\$80	\$80			
D3346	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – diente anterior	\$240	\$245	1 de (D3346-D3348) luego de 12 meses del tratamiento inicial	1 de (D3346-D3348) por diente de por vida	
D3347	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – premolar	\$295	\$295			
D3348	Retratamiento de terapia previa del conducto radicular - molar	\$365	\$365			
D3351	Apexificación/recalcificación - primera visita	\$85	\$85	1 (D3351) por diente	1 (D3351) por diente	
D3352	Apicoformación/recalcificación - reemplazo de medicamento temporal	\$45	\$50	1 (D3352) por diente	1 (D3352) por diente	
D3410	Apicectomía – anterior	\$240	\$240			
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	\$250	\$250			
D3425	Apicectomía - molar (primera raíz)	\$275	\$275			
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$110	\$110			
D3430	Retro-obturación – por raíz	\$90	\$90			
D3450	Amputación radicular - 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 el aislamiento de un diente con goma dique	\$30	\$50			
D3920	Hemisección, sin incluir el tratamiento del conducto radicular	sin cobertura	\$120			
D3950	Preparación del conducto y ajuste del pivote o perno preformados	sin cobertura	\$60			
D3999	Procedimiento endodóntico no especificado, según reporte	\$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	1 de (D4210-D4275) por sitio/cuadrante cada 36 meses	
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia – 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 – uno a tres dientes por cuadrante	sin cobertura	\$70			
D4249	Alargamiento clínico de 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		
D4261	Cirugía ósea – uno a tres dientes por cuadrante	\$140	\$140			



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios periodontales (continuación)					
D4263	Injerto óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	sin cobertura	\$105		1 de (D4210-D4275) por sitio/cuadrante cada 36 meses
D4264	Injerto óseo - diente natural retenido - cada sitio adicional en el cuadrante	sin cobertura	\$75		
D4265	Materiales biológicos para ayudar a la regeneración de tejido blando y óseo	\$80	sin cobertura		
D4266	Regeneración tisular guiada - barrera reabsorbente, por sitio	sin cobertura	\$145		
D4267	Regeneración tisular guiada - barrera no reabsorbente, por sitio	sin cobertura	\$175		
D4270	Procedimiento de injertos en pedículo de tejido blando	sin cobertura	\$155		
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, en el primer diente	sin cobertura	\$220		
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno, en el 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	Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	\$55	1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses, a partir de los 13 años	1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular - uno a tres dientes por cuadrante	\$30	\$25		
D4346	Raspado en presencia de gingivitis generalizada moderada o severa – toda la boca, después de la evaluación de la cavidad oral	\$40	\$40	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D4355	Un desbridamiento bucal completo para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una visita posterior	\$40	\$40		1 cada 24 meses
D4381	Distribución localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada dentro del tejido crevicular enfermo, por diente	\$10	\$10		
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30	1 (D4910) cada 3 meses	1 de (D1110, D4346, D4910) cada 6 meses
D4920	Cambio no programado de apósito (realizado por alguien que no es el dentista tratante o su personal)	\$15	sin cobertura	1 (D4920) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años	
D4999	Procedimiento periodontal no especificado - según reporte	\$350	\$350		
Servicios prostodónticos removibles					
D5110	Prótesis total - superior	\$300	\$400	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por periodo de 5 años Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa.	1 de (D5110-D5214, D5225-D5226, D5282, D5283) por arco, cada 5 años.
D5120	Protésis total - inferior	\$300	\$400		
D5130	Protésis inmediata - superior	\$300	\$400	1 (D5130) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de 5 años de una dentadura inmediata.	
D5140	Protésis inmediata - inferior	\$300	\$400	1 (D5140) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de 5 años de una dentadura inmediata.	
D5211	Prótesis parcial maxilar – base de resina	\$300	\$325	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por periodo de 5 años Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa.	
D5212	Prótesis parcial mandibular – base de resina	\$300	\$325		
D5213	Dentadura parcial maxilar, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis	\$335	\$375		
D5214	Dentadura parcial mandibular, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis	\$335	\$375		
D5221	Prótesis 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 periodo de 5 años de una dentadura inmediata.	
D5222	Prótesis parcial mandibular inmediata, base de resina	\$275	\$300		
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis	\$330	\$375		
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata, colada en estructura de metal con bases de resina para prótesis	\$330	\$375		
D5225	Prótesis parcial superior – base flexible	sin cobertura	\$375		
D5226	Prótesis parcial inferior - base flexible	sin cobertura	\$375		
D5282	Prótesis parcial unilateral removible – colada en metal de una pieza, maxilar	sin cobertura	\$250		
D5283	Prótesis parcial unilateral removible – colada en metal de una pieza (incluye ganchos y diente)	sin cobertura	\$250		
D5284	Prótesis parcial unilateral removible, base flexible de una pieza, por cuadrante	sin cobertura	\$250		
D5286	Prótesis parcial unilateral removible, resina de una pieza, por cuadrante	sin cobertura	\$250		1 de (D5284, D5286) por arco cada 5 años



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de prostodoncia removible (continuación)					
D5410	Ajuste de prótesis total superior	\$20	\$20	2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses, 1 por arco por proveedor por fecha de servicio	2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses, 1 por arco por proveedor por fecha de servicio
D5411	Ajuste de prótesis total inferior	\$20	\$20		
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial, maxilar	\$20	\$20		
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial, mandibular	\$20	\$20		
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 meses	hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5611	Reparación de la base 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 meses	3 (D5630) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$35	\$30	4 (D5640) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses	4 (D5640) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses
D5650	Adición de un diente a 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	2 (D5850) cada 36 meses	1 (D5850) cada 36 meses
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 período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura	
D5864	Sobredentadura, parcial, maxilar	\$300	sin cobertura		
D5865	Sobredentadura, completa, mandibular	\$300	sin cobertura		
D5866	Sobredentadura, parcial, mandibular	\$300	sin cobertura		
D5876	Adición de 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 individuales

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 del tabique nasal	\$350	sin cobertura		
D5923	Prótesis ocular provisional	\$350	sin cobertura		
D5924	Prótesis craneal	\$350	sin cobertura		
D5925	Implante de prótesis para incremento de tejido facial	\$200	sin cobertura		
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200	sin cobertura		
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200	sin cobertura		
D5928	Prótesis orbitaria, reemplazo	\$200	sin cobertura		
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200	sin cobertura		
D5931	Obturador protésico, quirúrgico	\$350	sin cobertura		
D5932	Obturador protésico, definitivo	\$350	sin cobertura		
D5933	Obturador protésico, modificación	\$150	sin cobertura	2 (D5933) cada 12 meses	
D5934	Prótesis para resección mandibular con aleta de guía	\$350	sin cobertura		
D5935	Prótesis para resección mandibular sin aleta de guía	\$350	sin cobertura		
D5936	Obturador protésico, transitorio	\$350	sin cobertura		
D5937	Dispositivo de trismo (no para tratamiento de desórdenes de la articulación temporo mandibular)	\$85	sin cobertura		
D5951	Dispositivo de alimentación	\$135	sin cobertura	menores de 18 años	
D5952	Aparato protésico para el lenguaje, pediátrico	\$350	sin cobertura	menores de 18 años	
D5953	Aparato protésico para el lenguaje, para adultos	\$350	sin cobertura	a partir de los 18 años	
D5954	Prótesis para para incrementar el paladar	\$135	sin cobertura		
D5955	Prótesis para elevar el paladar, definitiva	\$350	sin cobertura		
D5958	Prótesis para elevar el paladar, temporal	\$350	sin cobertura		
D5959	Prótesis para elevar el paladar, modificación	\$145	sin cobertura	2 (D5959) cada 12 meses	
D5960	Prótesis de ayuda para el lenguaje, modificación	\$145	sin cobertura	2 (D5960) cada 12 meses	
D5982	Stent quirúrgico	\$70	sin cobertura		
D5983	Portador de radiación	\$55	sin cobertura		
D5984	Pantalla protectora de radiación	\$85	sin cobertura		
D5985	Localizador de cono de radiación	\$135	sin cobertura		
D5986	Portador de gel fluorado	\$35	sin cobertura		
D5987	Férula de comisura	\$85	sin cobertura		
D5988	Férula quirúrgica	\$95	sin cobertura		
D5991	Porta-medicamento para las enfermedades vesiculobulosas	\$70	sin cobertura		
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, según reporte	\$350	sin cobertura		
Servicios de implantes					
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implante endosteo	\$350	sin cobertura	Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales	
D6011	Segunda etapa de la cirugía de implantes	\$350	sin cobertura		
D6013	Colocación quirúrgica de mini implantes	\$350	sin cobertura		
D6040	Colocación quirúrgica: implante subperióstico	\$350	sin cobertura		
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico	\$350	sin cobertura		
D6052	Pilar de fijación de semiprecisión	\$350	sin cobertura		
D6055	Barra de conexión - con soporte en implante o pilar	\$350	sin cobertura		
D6056	Pilar prefabricado - incluye colocación	\$135	sin cobertura		
D6057	Poste hecho a la medida - incluye colocación	\$180	sin cobertura		
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada por un pilar	\$320	sin cobertura		
D6059	Corona de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyada por un pilar	\$315	sin cobertura		
D6060	Corona de porcelana fundida en metal (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar	\$295	sin cobertura		
D6061	Corona de porcelana fundida en metal (noble) apoyada por un pilar	\$300	sin cobertura		
D6062	Corona de metal fundido (metal altamente noble) apoyada por un pilar	\$315	sin cobertura		
D6063	corona de metal fundido (predominantemente metal de baja ley) apoyada por un pilar	\$300	sin cobertura		
D6064	Corona de metal fundido (metal noble) apoyada por un pilar	\$315	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de implantes (continuación)					
D6065	Corona implantosoportada de porcelana/ cerámica	\$340	sin cobertura	Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales	
D6066	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones con alto contenido de metal	\$335	sin cobertura		
D6067	Corona sujeta por implante, aleaciones con alto contenido de metal noble	\$340	sin cobertura		
D6068	Retenedor para PPF de porcelana/ cerámica apoyado por un pilar	\$320	sin cobertura		
D6069	Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyado por un pilar	\$315	sin cobertura		
D6070	Retenedor para PPF de porcelana fundida a metal (predominantemente metal de baja ley)	\$290	sin cobertura		
D6071	Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (noble) apoyado por un pilar	\$300	sin cobertura		
D6072	Retenedor para PPF de metal colado (metal altamente noble) apoyado por un pilar	\$315	sin cobertura		
D6073	Retenedor para PPF de metal colado (predominantemente de metal de baja ley) apoyado por	\$290	sin cobertura		
D6074	Retenedor para PPF de metal colado (metal noble) apoyado por un pilar	\$320	sin cobertura		
D6075	Retenedor implantosoportado para PPF de cerámica	\$335	sin cobertura		
D6076	Retenedor sujeto por implante para PPF, porcelana fundida en aleaciones con alto contenido	\$330	sin cobertura		
D6077	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, aleaciones con alto contenido de metal	\$350	sin cobertura		
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retiran y se reinsertan las	\$30	sin cobertura		
D6081	Raspado y debridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante,	\$30	sin cobertura		
D6082	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base	\$335	sin cobertura		
D6083	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles	\$335	sin cobertura		
D6084	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$335	sin cobertura		
D6085	Corona temporaria para implante	\$300	sin cobertura		
D6086	Corona sujeta por implante, aleaciones predominantemente base	\$340	sin cobertura		
D6087	Corona sujeta por implante, aleaciones nobles	\$340	sin cobertura		
D6088	Corona sujeta por implante, titanio y aleaciones de titanio	\$340	sin cobertura		
D6090	Reparación de prótesis implantosoportada, según informe	\$65	sin cobertura		
D6091	Reemplazo del aditamento de precisión o de semi-precisión (componente macho o hembra) de una prótesis soportada por implante/ pilar, por aditamento	\$40	sin cobertura		
D6092	Recementado o readhesión de corona implantosoportada o apoyada por pilar	\$25	sin cobertura		
D6093	Recementado o readhesión de prótesis parcial fija implantosoportada o apoyada por pilar	\$35	sin cobertura		
D6094	Corona sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$295	sin cobertura		
D6095	Reparación del pilar de un implante, según reporte	\$65	sin cobertura		
D6096	Extracción de tornillo de retención para implantes roto	\$60	sin cobertura		
D6097	Corona sujeta por pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$315	sin cobertura		
D6098	Retenedor sujeto por implante, porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente	\$330	sin cobertura		
D6099	Retenedor sujeto por implante para PPF, porcelana fundida sobre aleaciones nobles	\$330	sin cobertura		
D6100	Remoción de implante, según reporte	\$110	sin cobertura		
D6110	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – maxilar	\$350	sin cobertura		
D6111	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – mandibular	\$350	sin cobertura		
D6112	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – maxilar	\$350	sin cobertura		
D6113	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – mandibular	\$350	sin cobertura		
D6114	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – maxilar	\$350	sin cobertura		
D6115	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – mandibular	\$350	sin cobertura		
D6116	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo - maxilar	\$350	sin cobertura		
D6117	Prótesis fija sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – maxilar	\$350	sin cobertura		
D6120	Retenedor sujeto por implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$330	sin cobertura		
D6121	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, predominantemente aleaciones base	\$350	sin cobertura		
D6122	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, aleaciones nobles	\$350	sin cobertura		
D6123	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, titanio y aleaciones de titanio	\$350	sin cobertura		
D6190	Índice radiográfico/ quirúrgico para implantes, según reporte	\$75	sin cobertura		
D6194	Corona de retenedor sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$265	sin cobertura		
D6195	Retenedor sujeto por pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$315	sin cobertura		
D6199	Procedimiento de implante no especificado, según reporte	\$350	sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios de prostodónticos fijos					
*PAUTAS para puentes, 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	Póntico de compuesto a base de resina, indirecto*	sin cobertura	\$165		
D6210	Póntico de metal de alta nobleza fundido*	sin cobertura	\$300		
D6211	Póntico con metal base predominante fundido	\$300	\$300		
D6212	Póntico con metal noble fundido*	sin cobertura	\$300		
D6214	Póntico, titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D6240	Póntico de porcelana con metal de alta nobleza*	sin cobertura	\$300		
D6241	Póntico de porcelana con metal base predominante*	\$300	\$300		
D6242	Póntico de porcelana con metal noble*	sin cobertura	\$300		
D6243	Póntico, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio*	sin cobertura	\$300		
D6245	Póntico de porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6250	Póntico de resina con metal de alta nobleza*	sin cobertura	\$300		
D6251	Póntico de resina con metal base predominante*	\$300	\$300		
D6252	Póntico 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, ¾ metal base predominante	\$300	\$300		
D6782	Retenedor corona, ¾ metal noble fundido*	sin cobertura	\$300		
D6783	Retenedor corona, ¾ porcelana/cerámica*	\$300	\$300		
D6784	Corona de retención ¾, 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 individuales

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, restos de coronas - dientes temporales`	\$40	\$40		
D7140	Extracción, erupcionado o raíz expuesta (remoción por elevador y/o por fórceps)	\$65	\$65		
D7210	Extracción de dientes erupcionados que requieren el levantamiento de un colgajo	\$120	\$115		
D7220	Remoción de diente impactado - tejido blando	\$95	\$85		
D7230	Remoción de diente impactado - parcialmente en hueso	\$145	\$145		
D7240	Remoción de diente impactado - totalmente en hueso	\$160	\$160		
D7241	Remoción de diente impactado - totalmente en hueso, con complicaciones quirúrgicas poco	\$175	\$175		
D7250	Remoción de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	\$80	\$75		
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280	\$280		
D7261	Cierre primario de una perforación de seno	\$285	\$285		
D7270	Reimplante dental y/o estabilización de un diente avulsionado o desplazado accidentalmente	\$185	\$185	1 (D7270) por arco	
D7280	Exposición de un diente retenido	\$220	\$220		
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado	\$85	\$85		
D7285	Biopsia por incisión de tejido bucal - duro (hueso, diente)	\$180	\$180	1 (D7285) por arco, por fecha de servicio	1 (D7285) por arco, por fecha de servicio
D7286	Biopsia por incisión de tejido bucal - blando	\$110	\$110	hasta 3 (D7286) por fecha de servicio	
D7287	Toma de una muestra citológica exfoliativa	sin cobertura	\$35		
D7288	Biopsia con cepillo - toma de una muestra transepitelial	sin cobertura	\$35		
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de dientes	\$185	sin cobertura	1 (D7290) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo	
D7291	Fibrotomía transeptal/ fibrotomía supra cresta alveolar, por informe	\$80	sin cobertura	1 (D7291) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo	
D7310	Alveoplastia con extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por	\$85	\$85		
D7311	Alveoplastia con extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$50	\$50		
D7320	Alveoplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por	\$120	\$120		
D7321	Alveoplastia sin extracciones - uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$65	\$65		
D7340	Vestibuloplastia - extensión marginal (epitelialización secundaria)	\$350	\$350	1 (D7340) por arco cada 5 años	1 (D7340) por arco cada 5 años
D7350	Vestibuloplastia - extensión marginal (incluye colgajos de tejido blando, reimplantación de	\$350	\$350	1 (D7350) por arco	1 (D7350) por arco
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75	sin cobertura		
D7411	Extirpación de lesión benigna mayor a 1.25 cm	\$115	sin cobertura		
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada	\$175	sin cobertura		
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95	sin cobertura		
D7414	Extirpación de lesión maligna mayor a 1.25 cm	\$120	sin cobertura		
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada	\$255	sin cobertura		
D7440	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105	sin cobertura		
D7441	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm	\$185	sin cobertura		
D7450	Remoción de quiste o tumor odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180	\$180		
D7451	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intraoral - complicado	\$330	\$330		
D7460	Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$155	\$180		
D7461	Remoción de quiste o tumor no odontogénico benigno - diámetro de la lesión mayor a 1.25 cm	\$250	\$250		
D7465	Destrucción de lesión/es por método físico o químico, según informe	\$40	sin cobertura		
D7471	Remoción de exóstosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140	\$140	1 (D7471) por cuadrante	
D7472	Remoción del torus palatino	\$145	\$140	1 (D7472) de por vida	
D7473	Remoción del torus mandibular	\$140	\$140	1 (D7473) por cuadrante	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$105	\$105	1 (D7485) por cuadrante	
D7490	Resección radical de la maxila o de la mandíbula	\$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 (incluye el drenaje de múltiples espacios fasciales)	\$70	\$69	1 (D7511) por cuadrante, misma fecha de servicio	



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

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 abscesos - tejido blando extraoral - complicado (incluye el drenaje de m	\$80	\$80		
D7530	Remoción de un cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	\$45	\$45	1 (D7530) por fecha de servicio	1 (D7530) por fecha de servicio
D7540	Remoción cuerpos extraños que generan una reacción, sistema musculoesquelético	\$75	sin cobertura	1 (D7540) por fecha de servicio	
D7550	Osteotomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso desvitalizado	\$125	\$125	1 (D7550) por cuadrante, por fecha de servicio	
D7560	Sinusotomía maxilar para la remoción de fragmentos dentales o cuerpos extraños	\$235	\$235		
D7610	Maxila – reducción abierta (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$140	sin cobertura		
D7620	Maxila – reducción cerrada (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$250	sin cobertura		
D7630	Mandíbula – reducción abierta (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$350	sin cobertura		
D7640	Mandíbula – reducción cerrada (inmovilización de dientes, si están presentes)	\$350	sin cobertura		
D7650	Malar y/o arco zigomático – reducción abierta	\$350	sin cobertura		
D7660	Malar y/o arco zigomático – 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 y múltiples abordajes 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	Malar y/o arco zigomático, reducción abierta	\$220	sin cobertura		
D7760	Malar y/o arco zigomático, reducción cerrada	\$350	sin cobertura		
D7770	Alvéolo - estabilización de los dientes con reducción abierta	\$135	sin cobertura		
D7771	Alvéolo - estabilización de los dientes con reducción cerrada	\$160	sin cobertura		
D7780	Huesos faciales, reducción compleja con fijación y múltiples abordajes	\$350	sin cobertura		
D7810	Reducción abierta de luxación	\$350	sin cobertura		
D7820	Reducción cerrada de luxación	\$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 y estabilización de disco	\$350	sin cobertura		
D7875	Artroscopia: sinovectomía	\$350	sin cobertura		
D7876	Artroscopia: disectomía	\$350	sin cobertura		
D7877	Artroscopia: desbridamiento	\$350	sin cobertura		
D7880	Aparato oclusal ortótico, según informe	\$120	sin cobertura		
D7881	Ajuste del dispositivo ortopédico oclusal	\$30	sin cobertura		
D7899	Terapia no especificada de la articulación temporo mandibular, según informe	\$350	sin cobertura		
D7910	Sutura de heridas pequeñas recientes 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 individuales

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 - mayor a 5 cm	\$130	sin cobertura		
D7920	Injerto de piel (identificación de defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)	\$120	sin cobertura		
D7922	Colocación de apósitos biológicos intralveolares para ayudar en la hemostasia o estabilización de coágulos, por sitio	\$80	\$80		1 (D7922) por diente de por vida
D7940	Osteoplastia - para deformidades ortognáticas	\$160	sin cobertura		
D7941	Osteotomía - rama mandibular	\$350	sin cobertura		
D7943	Osteotomía - rama mandibular con injerto óseo	\$350	sin cobertura		
D7944	Osteotomía - segmentada o subapical	\$275	sin cobertura		
D7945	Osteotomía - cuerpo mandibular	\$350	sin cobertura		
D7946	Le Fort I (maxilar - total)	\$350	sin cobertura		
D7947	Le Fort I (maxilar - segmentado)	\$350	sin cobertura		
D7948	Le Fort II o III - sin injerto óseo	\$350	sin cobertura		
D7949	Le Fort II o III - con injerto óseo	\$350	sin cobertura		
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o cartilaginoso de la mandíbula o la maxila - por informe	\$190	sin cobertura		
D7951	Incremento sinusal con hueso o con sustitutos del hueso por vía de acceso lateral	\$290	sin cobertura		
D7952	Incremento sinusal por vía de acceso vertical	\$175	sin cobertura		
D7955	Reparación de un defecto maxilofacial de tejido blando 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	Extirpación de tejido hiperplásico - por arco	\$175	\$176	1 (D7970) por arco, por fecha de servicio	
D7971	Excisión de encía pericoronaria	\$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 salivar, según reporte	\$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 - mandíbula o huesos faciales, según reporte	\$150	sin cobertura		
D7997	Remoción de dispositivo, incluye remoción de la barra de arco	\$60	sin cobertura	1 (D7997) por arco, por fecha de servicio	
D7999	Procedimiento quirúrgico oral 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 dispositivos extraíbles		sin cobertura	1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años	
D8220	Terapia de dispositivos fijos		sin cobertura	1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años	
D8660	Examen antes del tratamiento de ortodoncia para monitorizar el crecimiento y desarrollo		sin cobertura	1 (D8660) cada 3 meses por un máximo de 6	
D8670	Consulta periódica durante el tratamiento de ortodoncia		sin cobertura	1 (D8670) por trimestre calendario	
D8680	Retención ortodóntica (remoción de dispositivos, elaboración y colocación de retenedor/es)		sin cobertura	1 (D8680) por arco por cada fase autorizada de tratamiento ortodóntico	
D8681	Ajuste del retenedor de ortodoncia extraíble		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	Recementado o readhesión de retenedor fijo, maxilar		sin cobertura	1 de (D8698, D8699) por arco, por proveedor	
D8699	Recementado o readhesión de retenedor fijo, mandibular		sin cobertura		
D8701	Reparación de retenedor fijo, incluye refijación, maxilar		sin cobertura		
D8702	Reparación de retenedor fijo, incluye refijación, mandibular		sin cobertura		



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios ortodónticos (continuación)					
D8703	Sustitución de retenedor perdido o dañado, 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	Sustitución de retenedor perdido o dañado, mandibular		sin cobertura		
D8999	Procedimiento ortodóntico no especificado, según reporte		sin cobertura		
Servicios auxiliares generales					
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) para dolores dentales - procedimiento menor	\$30	\$28	1 (D9110) por fecha de servicio	
D9120	Sección de una prótesis parcial fija	\$95	\$95		
D9210	Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$10	\$10	1 (D9210) por fecha de servicio	
D9211	Anestesia regional	\$20	\$20		
D9212	Anestesia troncular para las divisiones del trigémino	\$60	\$60		
D9215	Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$15	\$15		
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 - primeros 15 minutos	\$45	\$45		
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales posteriores	\$45	\$45		
D9230	Inhalación de óxido nitroso/ansiolisis, analgesia	\$15	sin cobertura		
D9239	Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa - primeros 15 minutos	\$60	\$45		
D9243	Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa, cada 15 minutos adicionales	\$60	\$45		
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$65	sin cobertura		
D9310	Consultas - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico diferente al	\$50	\$45		
D9311	Consulta con un profesional médico del cuidado de la salud	sin costo	sin costo		
D9410	Servicio de atención a domicilio/externa	\$50	sin cobertura		
D9420	Servicios en hospitales o centros quirúrgicos ambulatorios	\$135	sin cobertura		
D9430	Visita al consultorio para observación (durante las horas normales de atención) - no se	\$20	\$12	1 (D9430) por fecha de servicio, por proveedor	1 (D9430) por fecha de servicio, por proveedor
D9440	Visita al consultorio - después de las horas normales de atención	\$45	\$40	1 (D9440) por fecha de servicio, por proveedor	1 (D9440) por fecha de servicio, por proveedor
D9450	Presentación del caso, planeación detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cobertura	sin costo		
D9610	Medicamento terapéutico parenteral, administración única	\$30	sin cobertura	4 (D9610) por fecha de servicio	
D9612	Medicamento terapéutico parenteral, dos o más administraciones, distintos medicamentos	\$40	sin cobertura	4 (D9612) por fecha de servicio	
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizador	\$20	\$22	1 (D9910) por diente cada 12 meses, solo para dientes permanentes	
D9930	Tratamiento de complicaciones (post-quirúrgico) - circunstancias poco comunes, según	\$35	\$50	1 (D9930) por fecha de servicio, por proveedor	1 (D9930) por fecha de servicio, por proveedor
D9942	Reparación y/o reajuste de un protector oclusal	sin cobertura	\$35		
D9943	Ajuste del protector oclusal	sin cobertura	\$35		
D9944	Protector oclusal – aparato rígido, arco completo	sin cobertura	\$115		1 de (D9944-D9946) cada 5 años
D9945	Protector oclusal – aparato blando, arco completo	sin cobertura	\$115		
D9946	Protector oclusal – aparato rígido, arco parcial	sin cobertura	\$115		
D9950	Análisis de oclusión - caso con montaje	\$120	sin cobertura	1 (D9950) cada 12 meses, a partir de los 13 años	



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO
Mercado de seguros médicos individuales

Código CDT	Descripción	Copago pediátrico ¹	Copago para adultos ²	Limitaciones pediátricas ¹	Limitaciones para adultos ²
Servicios auxiliares generales (continuación)					
D9951	Ajuste oclusal - limitado	\$45	\$45	1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses, por proveedor, a partir de los 13 años	1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses por proveedor
D9952	Ajuste oclusal - 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 que se guarda y envía al dentista para su 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 reporte	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 calendario. 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 límite máximo de gastos de bolsillo que se muestra arriba, no se requerirá ningún pago adicional por ninguno de los afiliados pediátricos durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos. Los beneficios para adultos no están sujetos al límite máximo de gastos de bolsillo.

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

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

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



LIBERTY Dental Plan Family Dental HMO Mercado de seguros médicos individuales

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,
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.