



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	1 de (D3310, D3320, D3330) por diente	
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$235	\$235		
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	1 de (D4210-D4275) por sitio/cuadrante cada 36 meses
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	
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, 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 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/transeptal, 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.