

DHMO-EPO Dental Plan

LIBERTY Dental Plan ha brindado y administrado beneficios dentales en California desde el año 2001. Los beneficios dentales deberían ser simples de usar para usted y su familia. Nuestros planes ofrecen cobertura dental completa sin formularios de reclamo, deducibles, o limitaciones anuales máximas.

LIBERTY Dental Plan contrata dentistas profesionales de calidad para suministrar servicios para usted y las personas elegibles a su cargo, sin costo o por bajos copagos fijos. Nos orgullecemos de nuestra relación con nuestros dentistas. Esta relación permite que nuestros miembros reciban la atención que ellos merecen cuando se inscriben en nuestros planes. Todos nuestros proveedores contratados han atravesado procedimientos estrictos de sus credenciales, verificación de antecedentes y evaluaciones de sus consultorios. Además, cada proveedor debe adherir a instrucciones contractuales estrictas. Nuestro Departamento de Relaciones de Proveedor conduce un Programa de Evaluación de Calidad que incluye administración de contratos existentes para asegurar el cumplimiento de educación continua, accesibilidad de los miembros, diagnóstico apropiado y planificación del tratamiento.

Nuestro objetivo es brindarle beneficios dentales completos. Nos comprometemos a apoyar su elección de LIBERTY Dental Plan, dándole confianza a medios de nuestro servicio de clientes excelente, que usted merece. ¡Después de todo, ¡eso es de lo que se trata!

Servicios a los miembros

Lunes a viernes 8:00 am to 5:00 pm PT

Línea telefónica gratuita: 888.703.6999 Se habla Español

www.libertydentalplan.com

Este folleto informativo es solamente un resumen del Plan Dental. El Contrato del Plan Dental y Evidencia de Cobertura deben ser consultados para determinar los términos exactos, limitaciones y exclusiones de cobertura.



- Sin Formularios de Reclamo
- Sin Deducibles Anuales
- Sin Máximos Anuales
- Bajos Costos de Desembolso
- Selección de Profesionales Dentistas Pre-Evaluados
- La mayoría de las condiciones pre-existentes cubiertas
- Cobertura para emergencias fuera de área
- Servicios de llamada gratuita para los miembros

Selección del Proveedor Dental

Usted y su familia eligen a su Dentista de Atención Primaria de entre una amplia red de oficinas dentales privadas. Incluido en este folleto hay una lista de Dentistas de Atención Primaria que están contratados con LIBERTY Dental Plan para proporcionar atención dental bajo su plan. Cuando se inscribe en nuestro plan usted puede elegir a cualquier Dentista de Atención Primaria en la Red para su cuidado dental. No hay beneficios Fuera de la Red asociados con este plan.

Como realiza una consulta

Después de haberse inscrito y ser elegible para el plan, usted puede llamar a su Dentista de Cuidado Primario de red directamente para programar una consulta. Asegúrese de identificarse como miembro del LIBERTY Dental Plan cuando usted llama. Sugerimos que mantenga este material a mano cuando visite a su Dentista de Cuidado Primario, para de esa forma referenciar sus beneficios, copagos aplicables, exclusiones y limitaciones.

Derivación de Especialidad

Si su Dentista de Cuidado Primario encuentra una situación que requiere los servicios de un Especialista Dental, él/ella entrará en contacto con LIBERTY Dental Plan para iniciar el proceso de Derivación de Especialidad. La atención de especialidad no autorizada por LIBERTY Dental Plan no será cubierta por su Plan.

Atención Dental de Emergencia

Todos los consultorios dentales de atención primaria contratados proporcionan atención dental de emergencia veinticuatro (24) horas al día, siete (7) días a la semana. En caso de una emergencia dental y si usted se encuentra dentro de las quince (15) millas, o a treinta (30) minutos de un Dentista de Cuidado Primario, simplemente entre en contacto con su Dentista de Cuidado Primario para ser atendido. El beneficio del tratamiento de emergencia prestado por su Dentista de Cuidado Primario es cubierto en conformidad con el programa de beneficios para procedimientos especificados. Si usted se encuentra a más de quince (15) millas o treinta (30) minutos de un Dentista de Cuidado Primario, o los servicios de miembro de LIBERTY Dental Plan, simplemente entre en contacto con cualquier dentista licenciado para recibir atención. LIBERTY Dental Plan lo reembolsara por los gastos dentales de los servicios cubiertos, relativos solamente al alivio de dolor, hasta un máximo de setenta y cinco dólares (\$75), menos cualquier copago aplicable.

Preguntas y Respuestas

¿Cómo saber cuál es mi copago?

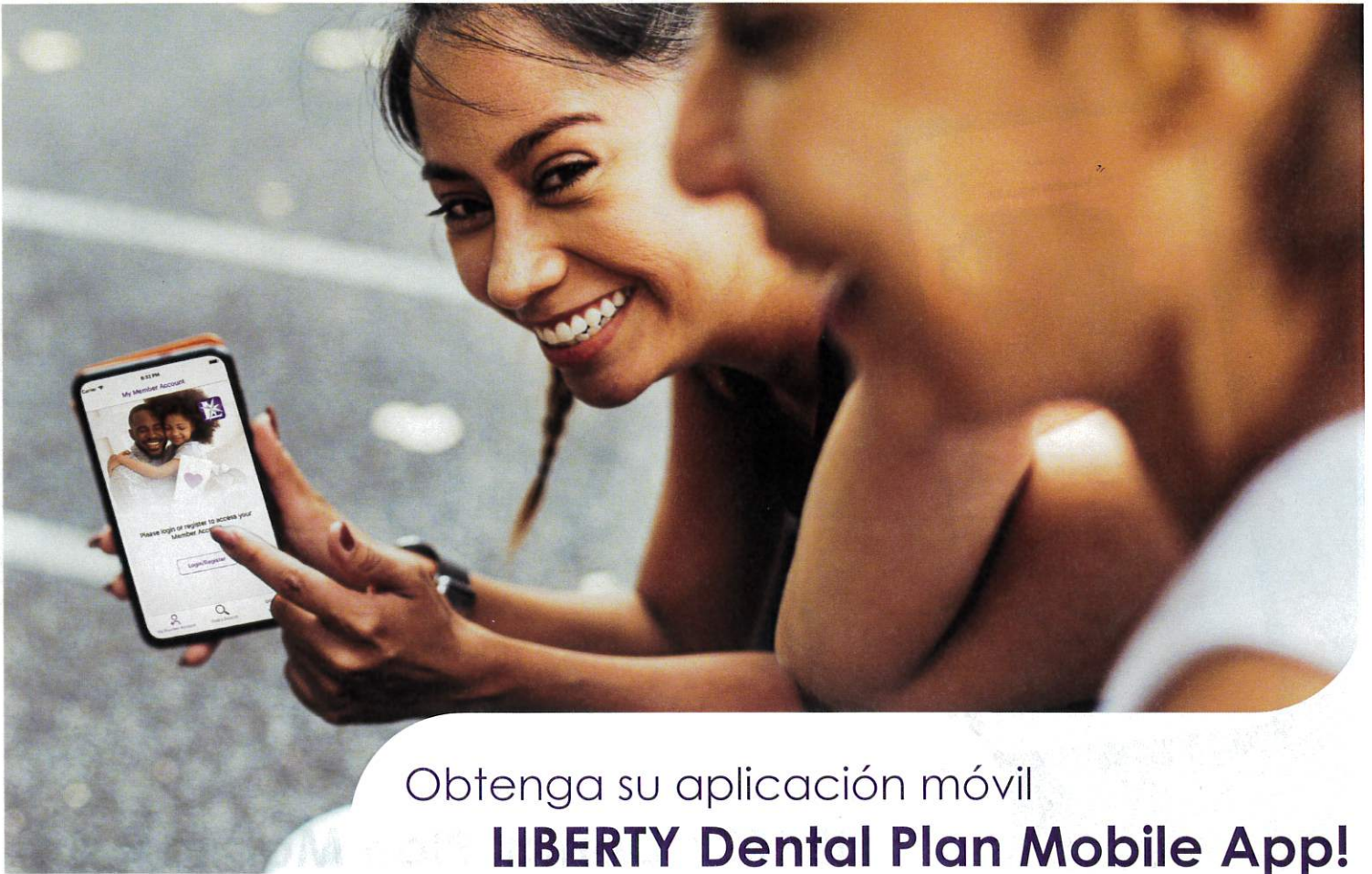
Refiérase a la descripción de su plan incluida en este folleto, que detalla todos los servicios cubiertos bajo su plan. El programa de copago para está listado por el código de la American Dental Association. Si usted tiene alguna pregunta, consulte a su dentista antes de recibir los servicios y/o llame a nuestro Departamento de Servicio de Membresía de LIBERTY Dental Plan.

¿Cuál es el Tratamiento Opcional? ¿Cuál es el Tratamiento de Elección? ¿Cuál es el Tratamiento Ampliado?

Tratamiento opcional es cuando más de un tratamiento es diagnosticado para el mismo diente. Usted tiene la opción de elegir entre los dos. Tratamiento de elección incluye, aunque no se limita a, la irrigación, tratamiento cosmético y técnicas especializadas de reemplazo de dientes faltantes. Un tratamiento es considerado ampliado, cuando el mismo tratamiento es ofrecido utilizando diferentes materiales o materiales de mejor calidad tales como metales nobles.

¿Puedo obtener una corona "diente de color" en mi diente molar?

Resina, porcelana y cualquier corona o púnticos, resina a metal o porcelana a metal, son un beneficio para los dientes anteriores y bicúspides solamente. Usted puede ampliar el tratamiento a alguno de estos tipos de corona en su diente molar, con un costo adicional. Consulte a su dentista para explicar la comparación de copago entre el beneficio cubierto y el beneficio ampliado antes de tomar una decisión.



Obtenga su aplicación móvil **LIBERTY Dental Plan Mobile App!**

Cuidado dental facilitado con la aplicación móvil LIBERTY Dental Plan!

Ponemos nuestras populares funciones en línea a su alcance para facilitar el acceso a su plan dental y mantener la salud bucal simple. **Las características disponibles incluyen:**



Busque dentistas en su área



Revise el uso de sus beneficios dentales



Revisa tu elegibilidad



Vea su tarjeta de identificación electrónica

¡Y mucho más!

Visita nuestra sitio web: www.libertydentalplan.com/mobile
o descargue nuestra aplicación móvil gratuita disponible en:





recursos en la red

Visite nuestro sitio web para registrarse para una cuenta en línea

www.libertydentalplan.com



Usted puede:



Ver los detalles de su plan dental



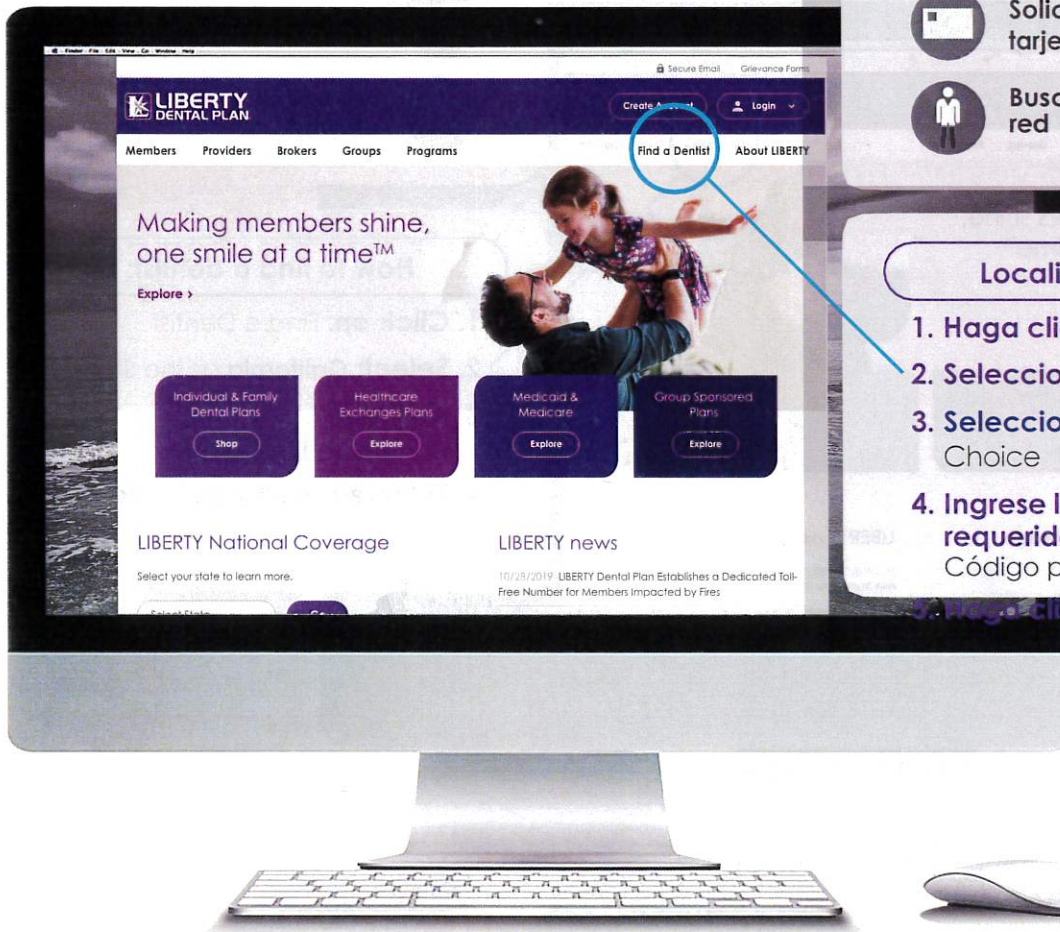
Comprobar el estado de su reclamo



Solicitar o imprimir una tarjeta de identificación



Buscar un dentista en su red



Localizar a un dentista:

1. Haga clic en: **Buscar un Dentista**
2. Seleccione: **California**
3. Seleccione la red: **LDP Plans - CA Choice**
4. Ingrese los datos de búsqueda requeridos: **Código postal o Ciudad y distancia**
5. Haga clic en: **Buscar**

Una manera práctica de administrar su cuidado dental.



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LR-200 Plus

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones & Exclusiones

Sin deducible anual

Sin monto anual máximo en dólares

- ✓ Miembros deben seleccionar y ser asignados a una Oficina dental contratada con LIBERTY Dental Plan para utilizar los beneficios cubiertos. Su consultorio asignado iniciará un plan de tratamiento o iniciará el proceso de referencia para un especialista contratado con LIBERTY Dental Plan si los servicios son necesarios dentalmente y fuera del alcance de odontología general.
- ✓ Los copagos se pagan a la Oficina dental al momento en que se prestan los servicios.
- ✓ Este catálogo no garantiza beneficios. Todos los servicios están sujetos a la elegibilidad y necesidad dental al momento del servicio.
- ✓ Los procedimientos dentales no incluidos como beneficios cubiertos están disponibles a la tarifa habitual del consultorio dental.

Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios de diagnóstico		
D0120	Evaluación oral periódica	\$0.00
D0140	Evaluación oral limitada	\$0.00
D0145	Evaluación oral para menores de 3 años	\$0.00
D0150	Evaluación oral completa	\$0.00
D0160	Evaluación oral, centrada en un problema	\$0.00
D0170	Re-evaluación, limitada, centrada en un problema	\$0.00
D0171	Visita al consultorio para reevaluación posoperatoria	\$0.00
D0180	Evaluación periodontal completa	\$0.00
D0190	Examinación de un paciente	\$0.00
D0191	Evaluación de un paciente	\$0.00
D0210	Serie completa de radiografías, intraoral	\$0.00
D0220	Primera radiografía intraoral, periapical	\$0.00
D0230	Cada radiografía adicional intraoral, periapical	\$0.00
D0240	Radiografía intraoral, oclusal	\$0.00
D0250	Radiografía extraoral de proyección 2D, fuente de radiación fija	\$0.00
D0251	Radiografía extraoral dental posterior	\$0.00
D0270	Radiografía sencilla de aleta de mordida	\$0.00
D0272	2 radiografías de aleta de mordida	\$0.00
D0273	3 radiografías de aleta de mordida	\$0.00
D0274	4 radiografías de aleta de mordida	\$0.00
D0277	Aleta de mordida vertical, de 7 a 8 radiografías	\$0.00
D0330	Radiografía panorámica	\$0.00
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D: adquisición, medición y análisis	\$0.00
D0350	Imágenes fotográficas bucales/faciales 2D obtenidas intra, o extraoralmente	\$0.00
D0351	Imagen fotográfica 3D	\$0.00
D0391	Interpretación de una imagen de diagnóstico por parte de un profesional no relacionado con la captura de la imagen, incluye reporte	\$0.00
D0393	Simulación de tratamiento utilizando volumen de imágenes 3D	\$0.00
D0414	Proceso de laboratorio de espécimen microbiano, cultivo, sensibilidad, preparación, informe	\$0.00
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo	\$0.00
D0425	Prueba de susceptibilidad a caries	\$0.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0.00
D0470	Diagnóstico	\$35.00
D0472	Muestreo, tejido, examen gral., prep. e informe	\$0.00
D0473	Muestreo, tejido, examen gral. y micro., prep. e informe	\$0.00
D0474	Muestreo, tejido, examen gral. y micro, e informe	\$0.00
D0601	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de bajo riesgo	\$0.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios de diagnóstico (continuación)		
D0602	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de riesgo moderado	\$0.00
D0603	Evaluación y documentación del riesgo de caries, con un hallazgo de alto riesgo	\$0.00
D0701	Radiografía panorámica: solo captura de imágenes	\$0.00
D0705	Radiografía dental posterior extraoral: solo captura de imágenes	\$0.00
D0706	Radiografía oclusal intraoral: solo captura de imágenes	\$0.00
D0707	Radiografía periapical intraoral: solo captura de imágenes	\$0.00
D0708	Radiografía de mordida intraoral: solo captura de imágenes	\$0.00
D0709	Serie completa de radiografías intraorales: solo captura de imágenes	\$0.00
Servicios preventivos		
D1110	Profilaxis, adulto	\$0.00
	Profilaxis, adulto (3o o más por 12 meses)	\$45.00
D1120	Profilaxis, niño	\$0.00
	Profilaxis, niño (3o o más por 12 meses)	\$35.00
D1206	Aplicación tópica de capa de flúor	\$0.00
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluyendo barniz	\$0.00
	hasta cumplir los 18 años (3o o más por 12 meses)	\$10.00
D1310	Orientación nutricional para control de enf. dental	\$0.00
D1320	Orientación sobre el tabaco, control/prevencción de enf. oral	\$0.00
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos de salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	\$0.00
D1330	Instrucción en higiene oral	\$0.00
D1351	Sellante, por diente	\$8.00
D1352	Restauración temporal de resina, diente permanente	\$8.00
D1353	Reparación de sellante, por diente	\$0.00
D1510	Espaciador, fijo, unilateral	\$0.00
D1516	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar	\$0.00
D1517	Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular	\$0.00
D1520	Espaciador, removible, unilateral	\$0.00
D1526	Espaciador, removible, bilateral	\$0.00
D1527	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular	\$0.00
D1551	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, maxilar	\$0.00
D1552	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$0.00
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	\$0.00
D1556	Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante	\$0.00
D1557	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, maxilar	\$0.00
D1558	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, mandibular	\$0.00
D1575	Mantenedor de espacio tipo zapata distal, fijo, unilateral	\$0.00
Servicios de restauración		
D2140	Amalgama, 1 superficie, primaria o permanente	\$0.00
D2150	Amalgama, 2 superficies, primarias o permanentes	\$0.00
D2160	Amalgama, 3 superficies, primarias o permanentes	\$0.00
D2161	Amalgama, 4 o más superficies, primarias o permanentes	\$0.00
D2330	Resina compuesta, 1 superficie, anterior	\$0.00
D2331	Resina compuesta, 2 superficies, anterior	\$0.00
D2332	Resina compuesta, 3 superficies, anterior	\$0.00
D2335	Resina compuesta, 4 o más superficies/ángulo incisal	\$0.00
D2390	Corona de resina compuesta, anterior	\$0.00
D2391	Resina compuesta, 1 superficie, posterior	\$0.00
D2392	Resina compuesta, 2 superficies, posterior	\$0.00
D2393	Resina compuesta, 3 superficies, posterior	\$0.00
D2394	Resina compuesta, 4 o más superficies, posterior	\$0.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios de restauración (continuación)		
<p>*GUIA para inlays, onlays y coronas sencillas: La cantidad máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos de mejora (explicado a continuación) es \$250.00 por diente. Se les requiere a los proveedores explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo de mejora.</p> <p>1. Restauraciones de marca: (p. ej. Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) Pueden considerarse procedimientos electivos de mejora si sus códigos de procedimiento CDT relacionados no aparecen como beneficios cubiertos.</p> <p>2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina a base de metal o porcelana a base de metal son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.</p> <p>3. Beneficios para dientes molares: Las coronas de base de metal son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y coronas de metal con porcelana pueden considerarse procedimientos electivos de mejora. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.</p> <p>4. La base de metal es el beneficio: Al miembro se le pueden cobrar costos adicionales de laboratorio por elegir a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio puede ser considerado un procedimiento electivo de mejora.</p>		
D2510	Inlay, metálico, 1 superficie	\$25.00
D2520	Inlay, metálico, 2 superficies	\$28.00
D2530	Inlay, metálico, 3 o más superficies	\$30.00
D2542	Onlay, metálico, 2 superficies	\$30.00
D2543	Onlay, metálico, 3 superficies	\$31.00
D2544	Onlay, metálico, 4 o más superficies	\$33.00
D2610	Inlay, porcelana/cerámica, 1 superficie	\$26.00
D2620	Inlay, porcelana cerámica, 2 superficies	\$28.00
D2630	Inlay, porcelana cerámica, 3 o más superficies	\$30.00
D2642	Onlay, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$31.00
D2643	Onlay, porcelana/cerámica, 3 superficies	\$33.00
D2644	Onlay, porcelana/cerámica, 4 o más superficies	\$35.00
D2650	Inlay, resina compuesta, 1 superficie	\$25.00
D2651	Inlay, resina compuesta, 2 superficies	\$26.00
D2652	Inlay, resina compuesta, 3 o más superficies	\$30.00
D2662	Onlay, resina compuesta, 2 superficies	\$30.00
D2663	Onlay, resina compuesta, 3 superficies	\$31.00
D2664	Onlay, resina compuesta, 4 o más superficies	\$33.00
D2710	Corona, resina compuesta (indirecta)	\$35.00
D2712	Corona ¾, resina compuesta (indirecta)	\$23.00
D2720	Corona, resina con metal de alta nobleza	\$40.00
D2721	Corona, resina con metal base predominante	\$40.00
D2722	Corona, resina con metal noble	\$40.00
D2740	Corona, sustrato de porcelana/cerámica	\$95.00
D2750	Corona, porcelana con metal de alta nobleza	\$55.00
D2751	Corona, porcelana con metal base predominante	\$55.00
D2752	Corona, porcelana con metal noble	\$55.00
D2753	Corona, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$55.00
D2780	Corona ¾, metal de alta nobleza	\$55.00
D2781	Corona ¾, metal base predominante	\$55.00
D2782	Corona ¾, metal noble	\$55.00
D2783	Corona ¾, porcelana/cerámica	\$55.00
D2790	Corona completa, metal de alta nobleza	\$40.00
D2791	Corona completa, metal base predominante	\$40.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios de restauración (continuación)		
D2792	Corona completa, metal noble	\$40.00
D2794	Corona, titanio	\$55.00
D2799	Corona provisional	\$15.00
D2910	Recementado o resellado de incrustaciones inlay, onlay, carilla o cobertura parcial	\$0.00
D2915	Recementado o resellado de perno y corona indirectamente fabricados o prefabricados	\$0.00
D2920	Recementación o resellado de corona	\$0.00
D2921	Readhesión de fragmento, borde incisal o cúspide de un diente	\$0.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	\$0.00
D2929	Coronas prefabricadas de porcelana/cerámica, dientes primarios	\$0.00
D2930	Corona prefabricada en acero inoxidable, dientes primarios	\$0.00
D2931	Corona prefabricada en acero inoxidable, dientes permanentes	\$0.00
D2932	Corona prefabricada en resina	\$0.00
D2933	Corona prefabricada en acero inoxidable, ventana de resina	\$5.00
D2934	Corona prefabricada en acero inoxidable con frente estético, primarios	\$5.00
D2940	Restauración protectora (temporal)	\$0.00
D2941	Restauración terapéutica provisoria, dentición temporal	\$0.00
D2949	Base restauradora para una restauración indirecta	\$0.00
D2950	Perno, incluyendo cualquier espiga, cuando es necesario	\$0.00
D2951	Retención de espigas, por diente, sumado a la restauración	\$0.00
D2952	Poste y perno sumado a la corona, fabricado indirectamente	\$0.00
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente	\$0.00
D2954	Poste y corona prefabricados sumados a la corona	\$0.00
D2955	Posterior a la extracción	\$0.00
D2957	Cada poste prefabricado adicional, mismo diente	\$0.00
D2960	Carilla vestibular (resina laminada), in-situ	\$200.00
D2961	Carilla vestibular (resina laminada), laboratorio	\$325.00
D2962	Carilla vestibular (porcelana laminada), laboratorio	\$500.00
D2971	Procedimiento adicional/corona nueva, dentadura parcial existente	\$5.00
D2980	Reparación de corona, fallo de material de restauración	\$10.00
Servicios endodónticos		
D3110	Recubrimiento, directo (excluyendo la restauración final)	\$0.00
D3120	Recubrimiento, indirecto (excluyendo la restauración final)	\$0.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	\$0.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$0.00
D3222	Pulpotomía parcial para lograr una apicogénesis, diente permanente con desarrollo incompleto de	\$0.00
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), anterior, primario	\$0.00
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), posterior, primario	\$0.00
D3310	Anterior (excluyendo la restauración final)	\$0.00
D3320	Bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$0.00
D3330	Molar (excluyendo la restauración final)	\$0.00
D3331	Tratamiento de obstrucción; no quirúrgico	\$0.00
D3332	Terapia incompleta, inoperable, inoperable	\$0.00
D3333	Reparación interna de fallas de perforación	\$15.00
D3346	Re-tratamiento de conducto previo, anterior	\$0.00
D3347	Re-tratamiento de conducto previo, bicúspide	\$0.00
D3348	Re-tratamiento de conducto previo, molar	\$0.00
D3351	Apexificación/recalcificación/pulpa – visita inicial	\$15.00
D3352	Apexificación/recalcificación/pulpa – temporal	\$15.00
D3353	Apexificación/Recalcificación – visita final	\$15.00
D3410	Apicoectomía/cirugía perirradicular – anterior	\$0.00
D3421	Apicoectomía/cirugía perirradicular – bicúspide	\$0.00
D3425	Apicoectomía/cirugía perirradicular – molar	\$0.00
D3426	Apicoectomía/cirugía perirradicular – cada raíz adicional	\$0.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios endodónticos (continuación)		
D3428	Injerto óseo con cirugía perirradicular ,por diente, sitio único	\$0.00
D3430	Relleno retrógrado – por raíz	\$0.00
D3432	Regeneración tisular guiada, por sitio, con cirugía perirradicular	\$0.00
D3450	Amputación de raíz – por raíz	\$0.00
D3470	Reimplante intencional (incluye la ferulización necesaria)	\$1,225.00
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento con goma dique	\$0.00
D3920	Hemisección (incl. remoción de la raíz), no incluye tratamiento de conducto	\$5.00
D3950	Prep. de canal e implante de eje/poste	\$0.00
Servicios periodontales		
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia, 4+ dientes por cuadrante	\$0.00
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia, 1-3 dientes por cuadrante	\$0.00
D4212	Gingivectomía/gingivoplastia, restauración, por diente	\$0.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, 4+ dientes por cuadrante	\$0.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, 1-3 dientes por cuadrante	\$0.00
D4245	Colgajo posicionado de manera apical	\$20.00
D4249	Alargamiento quirúrgico de la corona, tejido duro	\$36.00
D4260	Cirugía ósea, 4+ dientes por cuadrante	\$0.00
D4261	Cirugía ósea, 1-3 dientes por cuadrante	\$0.00
D4263	Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, primer sitio, cuadrante	\$25.00
D4264	Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, cada sitio adicional	\$15.00
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	\$45.00
D4273	Injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	\$45.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, un solo diente	\$26.00
D4275	Tejido conectivo no autógeno, primer diente	\$45.00
D4277	Injerto de tejido blando gratis, primer diente	\$45.00
D4278	Injerto de tejido blando gratis, cada diente adicional	\$45.00
D4283	Injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio	\$45.00
D4285	Injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio	\$45.00
D4322	Férula, intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	\$15.00
D4323	Férula, extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	\$15.00
GUIA:		
Se permite un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita/por día.		
D4341	Limpieza periodontal y raspado radicular, 4+ dientes/cuadrante	\$0.00
D4342	Limpieza periodontal y raspado radicular, 1-3 dientes/cuadrante	\$0.00
D4346	Limpieza en presencia de inflamación severa o moderada, boca entera luego de evaluación	\$0.00
D4355	Desbridamiento de boca completa	\$0.00
D4381	Aplicación localizada de agentes antimicrobiales/por diente	\$5.00
D4910	Mantenimiento periodontal	\$0.00
D4920	Cambio de curaciones no agendado /dentista no tratante	\$0.00
D4921	Irrigación gingival ,por cuadrante	\$0.00
Servicios prostodónticos removibles		
D5110	Prótesis completa, maxilar	\$0.00
D5120	Prótesis completa, mandibular	\$0.00
D5130	Prótesis inmediata, maxilar	\$0.00
D5140	Prótesis inmediata, mandibular	\$0.00
D5211	Prótesis parcial maxilar, base de resina	\$0.00
D5212	Prótesis parcial mandibular, base de resina	\$0.00
D5213	Prótesis parcial maxilar, base de metal/resina	\$0.00
D5214	Prótesis parcial mandibular, base de metal/resina	\$0.00
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina	\$0.00
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina	\$0.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios protodónticos removibles (continuación)		
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina	\$0.00
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina	\$0.00
D5225	Prótesis parcial maxilar, base flexible	\$300.00
D5226	Prótesis parcial mandibular, base flexible	\$300.00
D5227	Prótesis parcial maxilar inmediata, base flexible	\$0.00
D5228	Prótesis parcial mandibular inmediata, base flexible	\$0.00
D5282	Prótesis parcial unilateral removible, colada en metal de una pieza, maxilar	\$0.00
D5283	Prótesis parcial unilateral removible – colada en metal de una pieza, mandibular	\$0.00
D5284	Prótesis parcial unilateral removible, base flexible de una pieza, por cuadrante	\$0.00
D5286	Prótesis parcial unilateral removible, resina de una pieza, por cuadrante	\$0.00
D5410	Ajuste de prótesis completa, maxilar	\$0.00
D5411	Ajuste de prótesis completa, mandibular	\$0.00
D5421	Ajuste de prótesis parcial, maxilar	\$0.00
D5422	Ajuste de prótesis parcial, mandibular	\$0.00
D5511	Ajuste de prótesis total inferior	\$0.00
D5512	Reparación de la base rota de una dentadura completa, maxilar	\$0.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes/rotos, Prótesis completa	\$0.00
D5611	Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, mandibular	\$0.00
D5612	Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, maxilar	\$0.00
D5621	Reparación de colada en estructura parcial, mandibular	\$0.00
D5622	Reparación de colada en estructura parcial, maxilar	\$0.00
D5630	Reparación o reemplazo de retenedores rotos, por diente	\$0.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$0.00
D5650	Adición de un diente a la Prótesis existente	\$0.00
D5660	Adición de un retenedor a la Prótesis existente, por diente	\$0.00
D5670	Reemplazo de dientes yacrílico/base de metal, maxilar	\$0.00
D5671	Reemplazo de dientes yacrílico/base de metal, mandibular	\$0.00
D5710	Prótesis maxilar completa	\$0.00
D5711	Prótesis mandibular completa	\$0.00
D5720	Prótesis maxilar parcial	\$0.00
D5721	Prótesis mandibular parcial	\$0.00
D5725	Rebase Prótesis híbrida	\$0.00
D5730	Prótesis maxilar completa, in-situ	\$0.00
D5731	Prótesis mandibular completa, in-situ	\$0.00
D5740	Prótesis maxilar parcial, in-situ	\$0.00
D5741	Prótesis mandibular parcial, in-situ	\$0.00
D5750	Prótesis maxilar completa, laboratorio	\$0.00
D5751	Prótesis mandibular completa, laboratorio	\$0.00
D5760	Prótesis maxilar parcial, laboratorio	\$0.00
D5761	Prótesis mandibular parcial, laboratorio	\$0.00
D5765	Liner suave para prótesis removibles total o parcial, indirecto	\$0.00
D5810	Prótesis interina completa, maxilar	\$20.00
D5811	Prótesis interina completa, mandibular	\$20.00
D5820	Prótesis interina parcial, maxilar	\$0.00
D5821	Prótesis interina parcial, mandibular	\$0.00
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$0.00
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$0.00
Servicios de implantes		

GUIA:

Los implantes y todos los servicios asociados con implantes se indican con la cantidad efectiva de co-pago del miembro. No se permiten cargos adicionales por el uso de metal noble, metal de alta nobleza o titanio en implantes y procedimientos asociados con implantes.



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios de implantes (continuación)		
D6010	Implantación quirúrgica, endosteal	\$2,000.00
D6013	Colocación quirúrgica de mini implantes	\$2,000.00
D6055	Barra de conexión ,con soporte en implante o pilar	\$500.00
D6056	Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación	\$210.00
D6057	Poste hecho a la medida ,incluye colocación	\$600.00
D6058	Corona de porcelana/cerámica c/soporte	\$1,110.00
D6059	Corona de porcelana/metal de alta nobleza c/soporte	\$1,096.00
D6060	Corona de porcelana/metal base c/soporte	\$1,035.00
D6061	Corona de porcelana/metal noble c/soporte	\$1,056.00
D6062	Corona de metal c/soporte, metal de alta nobleza	\$1,003.00
D6063	Corona c/soporte, metal base	\$861.00
D6064	Corona de metal c/soporte, metal noble	\$912.00
D6065	Corona de porcelana/cerámica con implante de soporte	\$1,040.00
D6066	Corona de porcelana/metal con implante de soporte	\$1,013.00
D6067	Corona de metal con implante de soporte	\$984.00
D6068	Retenedor para PFP de porcelana/cerámica	\$1,110.00
D6069	Retenedor para PFP de metal, de alta nobleza	\$1,096.00
D6070	Retenedor para PFP de porcelana/metal, metal base	\$1,035.00
D6071	Retenedor para PFP de porcelana/metal, metal noble	\$1,056.00
D6072	Retenedor para PFP de metal, de alta nobleza	\$1,028.00
D6073	Retenedor para PFP de metal, metal base	\$930.00
D6074	Retenedor para PFP de metal, metal noble	\$1,005.00
D6075	Retenedor para PFP de cerámica	\$1,092.00
D6076	Retenedor para PFP de porcelana/metal	\$1,064.00
D6077	Retenedor para PFP de metal	\$984.00
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se retiran y se reinsertan las prótesis, incluyendo la limpieza	\$50.00
D6081	Limpieza y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante	\$0.00
D6082	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base	\$984.00
D6083	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles	\$984.00
D6084	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$984.00
D6085	Implante de corona provisional	\$15.00
D6086	Corona sujeta por implante, aleaciones predominantemente base	\$984.00
D6087	Corona sujeta por implante, aleaciones nobles	\$984.00
D6088	Corona sujeta por implante, titanio y aleaciones de titanio	\$984.00
D6091	Reemplazo del aditamento de precisión o de semi-precisión (componente macho o hembra) de una prótesis soportada por implante/ pilar, por aditamento	\$400.00
D6092	Recementado o readhesión de corona implantosoportada o apoyada por pilar	\$45.00
D6093	Recementado o readhesión de prótesis parcial fija implantosoportada o apoyada por pilar	\$65.00
D6094	Corona sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$670.00
D6096	Extracción de tornillo de retención para implantes roto	\$75.00
D6097	Corona sujeta por pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$984.00
D6098	Retenedor sujeto por implante, porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base	\$984.00
D6099	Retenedor sujeto por implante para PPF, porcelana fundida sobre aleaciones nobles	\$984.00
D6101	Desbridamiento de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único, y limpieza superficial de las superficies expuestas del implante, incluyendo acceso y cierre por colgajo	\$0.00
D6102	Desbridamiento y tallado óseo de un defecto peri-implante o de los defectos que rodean a un implante único e incluye limpieza superficial de las superficies expuestas del implante, incluyendo el acceso y cierre por colgajo	\$0.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios de implantes (continuación)		
D6103	Injerto óseo para reparar el defecto del periimplante; no incluye la entrada y el cierre del colgajo	\$250.00
D6104	Injerto óseo en el momento de colocar el implante	\$150.00
D6110	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – maxilar	\$1,800.00
D6111	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco edéntulo – mandibular	\$1,800.00
D6112	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – maxilar	\$1,800.00
D6113	Prótesis removible sujeta por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo – mandibular	\$1,800.00
D6120	Retenedor sujeto por implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$984.00
D6121	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, predominantemente aleaciones base	\$984.00
D6122	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, aleaciones nobles	\$984.00
D6123	Retenedor sujeto por implante para PPF de metal, titanio y aleaciones de titanio	\$984.00
D6190	Índice radiográfico/ quirúrgico para implantes, según reporte	\$250.00
D6194	Corona de retenedor sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$670.00
D6195	Retenedor sujeto por pilar, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$984.00
Servicios de prostodónticos fijos		
<p>*GUIA para pónicos, soportes, coronas, inlays, onlays: La cantidad máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos de mejora (explicado a continuación) es \$250.00 por diente. Se les requiere a los proveedores explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo de mejora.</p> <p>1. Restauraciones de marca: (p. ej. Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) Pueden considerarse procedimientos electivos de mejora si sus códigos de procedimiento CDT relacionados no aparecen como beneficios cubiertos.</p> <p>2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina a base de metal o porcelana a base de metal son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.</p> <p>3. Beneficios para dientes molares: Las coronas de base de metal son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y coronas de metal con porcelana pueden considerarse procedimientos electivos de mejora. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.</p> <p>4. La base de metal es el beneficio: Al miembro se le pueden cobrar costos adicionales de laboratorio por elegir a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio puede ser considerado un procedimiento electivo de mejora.</p>		
D6205	Pónico de compuesto a base de resina, indirecto	\$40.00
D6210	Pónico de metal de alta nobleza	\$40.00
D6211	Pónico de metal base predominante	\$40.00
D6212	Pónico de metal noble	\$40.00
D6214	Pónico de titanio	\$40.00
D6240	Pónico de porcelana con metal de alta nobleza	\$55.00
D6241	Pónico de porcelana con metal base predominante	\$55.00
D6242	Pónico de porcelana con metal noble	\$55.00
D6243	Pónico, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$55.00
D6245	Pónico de porcelana/cerámica	\$55.00
D6250	Pónico de resina con metal de alta nobleza	\$55.00
D6251	Pónico de resina con metal base predominante	\$40.00
D6252	Pónico de resina con metal noble	\$40.00
D6253	Pónico provisional	\$55.00
D6545	Retenedor, metal para prótesis fijas retenidas por resina	\$17.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios de prostodónticos fijos (continuación)		
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis retenidas por resina	\$17.00
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija unida con resina	\$17.00
D6600	Inlay, porcelana cerámica, 2 superficies	\$28.00
D6601	Inlay, porcelana cerámica, 3 o más superficies	\$30.00
D6602	Inlay, metal de alta nobleza, 2 superficies	\$28.00
D6603	Inlay, metal de alta nobleza, 3 o más superficies	\$30.00
D6604	Inlay, metal base, 2 superficies	\$28.00
D6605	Incrustación y retenedor: colados en metal predominantemente básico, tres o más superficies	\$30.00
D6606	Inlay, metal noble, 2 superficies	\$26.00
D6607	Inlay, metal noble, 3 o más superficies	\$30.00
D6624	Inlay, titanio	\$30.00
D6608	Onlay, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$31.00
D6609	Onlay, porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$33.00
D6610	Onlay, metal de alta nobleza, 2 superficies	\$30.00
D6611	Onlay, metal de alta nobleza, 3 o más superficies	\$31.00
D6612	Onlay, metal base, 2 superficies	\$30.00
D6613	Onlay, metal base, 3 o más superficies	\$31.00
D6614	Onlay, metal noble, 2 superficies	\$30.00
D6615	Onlay, metal noble, 3 o más superficies	\$31.00
D6634	Onlay, titanio	\$31.00
D6710	Corona, compuesto de resina base, indirecta	\$40.00
D6720	Corona, resina con metal de alta nobleza	\$40.00
D6721	Corona, resina con metal base predominante	\$40.00
D6722	Corona, resina con metal noble	\$40.00
D6740	Corona, porcelana/cerámica	\$40.00
D6750	Corona, porcelana con metal de alta nobleza	\$55.00
D6751	Corona, porcelana con metal base predominante	\$55.00
D6752	Corona, porcelana con metal noble	\$55.00
D6753	Corona de retenedor, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$55.00
D6780	Corona ¾, metal de alta nobleza	\$55.00
D6781	Corona ¾, metal base predominante	\$55.00
D6782	Corona ¾, metal noble	\$55.00
D6783	Corona ¾, porcelana/cerámica	\$55.00
D6784	Corona de retenedor ¾, titanio y aleaciones de titanio	\$55.00
D6790	Corona completa, metal de alta nobleza	\$40.00
D6791	Corona completa, metal base predominante	\$40.00
D6792	Corona completa, metal noble	\$40.00
D6793	Corona retenedora Provisional	\$15.00
D6794	Corona, titanio	\$40.00
D6930	Recementación o resellado de prótesis dental parcial fija	\$0.00
D6940	Liberador de tensión	\$0.00
D6980	Reparación de dentadura parcial fija, fallo de material de restauración	\$0.00
Servicios orales y maxilofaciales		
D7111	Extracción, residuos coronales, dientes deciduos	\$0.00
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíz expuesta	\$0.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere remoción de hueso y/o seccionamiento del diente	\$0.00
D7220	Remoción de un diente impactado, tejido blando	\$0.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
	Servicios orales y maxilofaciales (continuación)	
D7230	Remoción de un diente impactado, parcialmente incluido	\$0.00
D7240	Remoción de un diente impactado, completamente incl.	\$0.00
D7241	Remoción de un diente impactado, completamente incl., complicación	\$0.00
D7250	Remoción de raíces residuales del diente, (procedimiento de corte)	\$0.00
D7251	Coronectomía ,remoción intencional parcial del diente	\$0.00
D7261	Cierre primario de una perforación de los senos	\$31.00
D7270	Reimplantación/estabilización de un diente, accidente	\$30.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$15.00
D7282	Movilización de diente erupcionado/mal posicionado	\$10.00
D7283	Instalación, aparato para facilitar la erupción, impactación	\$10.00
D7285	Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)	\$0.00
D7286	Biopsia incisional de tejido oral, blando	\$0.00
D7287	Recolección exfoliativa de muestra citológica	\$0.00
D7288	Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial	\$0.00
D7310	Alveoloplastía con extracciones, 4+ dientes, cuadrante	\$0.00
D7311	Alveoloplastía con extracciones, 1-3 dientes, cuadrante	\$0.00
D7320	Alveoloplastía, sin extracciones, 4+ dientes, cuadrante	\$0.00
D7321	Alveoloplastía, sin extracciones, 1-3 dientes, cuadrante	\$0.00
D7340	Vestibuloplastía, extensión de superficie (2a epitelización)	\$13.00
D7350	Vestibuloplastía, extensión de superficie	\$18.00
D7450	Remoción, quiste/tumor benigno odontogénico de hasta 1.25 cm	\$15.00
D7451	Remoción, quiste/tumor benigno odontogénico mayor a 1.25 cm	\$30.00
D7460	Remoción, quiste/tumor benigno no odontogénico de hasta 1.25 cm	\$16.00
D7461	Remoción, quiste/tumor benigno no odontogénico mayor a 1.25 cm	\$23.00
D7471	Remoción de exostosis, maxilar o mandibular	\$18.00
D7472	Remoción de torus palatinus	\$13.00
D7473	Remoción de torus mandibular	\$13.00
D7485	Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	\$10.00
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$0.00
D7511	Incisión y drenaje de absceso, intraoral blando, complicado	\$0.00
D7520	Incisión y drenaje, absceso, tejido blando extraoral	\$0.00
D7521	Incisión/drenaje, absceso, extraoral blando, complicado	\$0.00
D7530	Remoción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido	\$5.00
D7560	Sinusotomía maxilar, remoción de frag. de diente/cuerpo extraño	\$10.00
D7922	Colocación de apósitos biológicos intralveolares para ayudar en la hemostasia o estabilización de coágulos, por sitio	\$0.00
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$0.00
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$0.00
D7963	Frenuloplastía	\$0.00
D7970	Excisión de tejido hiperplástico, por arco	\$0.00
D7971	Excisión de encía pericoronar	\$5.00
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$0.00
D7993	Colocación quirúrgica de implante craneofacial, extraoral	\$2,000.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
Servicios auxiliares generales		
D7994	Colocación quirúrgica: implante cigomático	\$2,000.00
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia), procedimiento menor	\$0.00
D9120	Seccionamiento de prótesis fija plural	\$0.00
D9210	Anestesia local, no en procedim. operatorios/quirúrgicos	\$0.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$0.00
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	\$0.00
D9215	Anestesia local con procedimiento operatorio/quirúrgico	\$0.00
D9219	Evaluación del paciente para sedación profunda o anestesia general	\$0.00
Servicios auxiliares generales (continuación)		
**GUIA:		
La sedación profunda/anestesia general es un beneficio cubierto solo cuando se administra en conjunto con cirugía oral y procedimientos de periodoncia, administrados por un odontólogo en una oficina dental, actuando dentro del alcance de su licencia para ejercer, y cuando se justifica mediante condiciones/enfermedades documentadas que la anestesia local está contraindicada. La anestesia general, en su uso para el control del dolor dental, se traduce en la eliminación de todas las sensaciones; acompañado lo anterior, de un estado de inconsciencia. La aprehensión y/o nervios del paciente no son suficiente justificación para una sedación profunda/anestesia general o analgesia/sedación intravenosa consciente.		
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	\$125.00*
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incremento cada 15 minutos	\$125.00*
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis	\$35.00
D9239	Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa, primeros 15 minutos	\$125.00*
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento cada 15 minutos	\$125.00*
D9248	Sedación (consciente) no intravenosa, incluye sedación mínima y moderada no intravenosa	\$100.00
D9310	Consulta, aparte del dentista que solicita	\$0.00
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	\$0.00
D9430	Visitas de oficina, observación, horas regulares, solo eso	\$0.00
D9440	Visitas de oficina, después del horario de atención regular	\$0.00
D9450	Presentación de caso, tratamiento detallado y exhaustivo	\$0.00
D9630	Otras drogas y/o medicamentos, según informe	\$0.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$0.00
D9911	Aplicación de resina desensibilizante, por diente	\$0.00
D9912	Examen de detección de pacientes previa consulta	\$0.00
D9930	Tratamiento de complicaciones, post-cirugía, inusual	\$0.00
D9942	Reparación y/o reajuste de un protector oclusal	\$25.00
D9944	Protector oclusal – aparato rígido, arco completo	\$25.00
D9945	Protector oclusal – aparato blando, arco completo	\$100.00
D9946	Protector oclusal, aparato rígido, arco parcial	\$100.00
D9942	Reparación y/o realineamiento de la guarda oclusal	\$100.00
D9950	Análisis de oclusión, modelos montados en articulador	\$0.00
D9951	Ajuste de oclusión, limitado	\$0.00
D9952	Ajuste de oclusión, completo	\$0.00
D9971	La odontoplastia de 1 o 2 dientes; incluye la eliminación de las proyecciones de esmalte	\$0.00
D9972	Blanqueamiento externo – por arcada – realizado en el consultorio	\$125.00



Código CDT	Descripción	El copago del miembro
	Servicios auxiliares generales (continuación)	
D9973	Blanqueamiento externo ,por diente	\$40.00
D9974	Blanqueamiento interno ,por diente	\$107.00
D9986	Cita perdida	\$0.00
D9987	Cita cancelada	\$0.00
D9991	Gestión de caso dental, abordando las barreras de cumplimiento en las citas	\$0.00
D9992	Gestión de casos dentales, coordinación del cuidado	\$0.00
D9993	Gestión de casos dentales, entrevistas de motivación	\$0.00
D9994	Gestión de casos dentales, educación del paciente para mejorar sus conocimientos con respecto a la salud oral	\$0.00
D9995	Teleodontología ,sincrónica; encuentro en tiempo real	\$0.00
D9996	Teleodontología ,asincrónica; información que se guarda y envía al dentista para su revisión posterior	\$0.00
D9997	Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica	\$0.00
	Visita de oficina, por visita	\$0.00

Limitaciones:

1. Los procedimientos de profilaxis están cubiertos una vez cada seis meses consecutivos.
2. Una serie completa de radiografías (radiografía bucal total) o de películas panorámicas se cubren una vez cada 36 meses consecutivos.
3. Los tratamientos con flúor están cubiertos una vez cada seis meses consecutivos.
4. Los selladores tienen cobertura sólo en el primer y segundo molar permanente sin caries de los niños dependientes hasta que cumplen los 14 años. Limitados a una vez por diente en cada período de treinta y seis (36) meses.
5. El raspado y el alisado radicular por cuadrante tienen cobertura una vez cada 12 meses consecutivos.
6. El raspado y el alisado radicular por cuadrante tienen cobertura una vez cada 24 meses consecutivos.
7. El reemplazo de coronas, laminados labiales o dentaduras parciales fijas (puentes), por unidad, se limita a una vez en cada período de cinco (5) años.
8. El reemplazo de prótesis existentes totales y parciales tiene cobertura una vez por arco cada cinco años, si no puede restaurarse la función del aparato través del revestimiento o la reparación.
9. Los revestimientos de dentaduras tienen cobertura dos veces cada 12 meses consecutivos.
10. Las coronas fabricadas, las incrustaciones superiores (onlays) y las incrustaciones (inlays) tendrán cobertura cuando un diente con un buen pronóstico requiere la restauración pero tiene una estructura restante insuficiente para retener un empaste de manera efectiva. La cobertura de estos procedimientos está limitada a miembros de 16 años de edad y mayores.
11. El reemplazo de una amalgama o restauración de resina en menos de doce meses por el mismo dentista o consultorio contratado no puede cobrarse ni al plan ni al miembro.
12. No tienen cobertura los procedimientos que tienen un mal pronóstico, según lo determine un dentista consultor certificado de LIBERTY.
13. El suministro localizado de agentes antimicrobianos puede tener cobertura de 4 a 6 semanas después de finalizar el raspado y alisado radicular como un procedimiento coadyuvante para dos sitios sin respuesta en un cuadrante con bolsas de 5 mm o más profundas, además de inflamación.
14. Para planes de tratamiento que involucren siete (7) o más coronas y/o dentaduras parciales fijas (puentes), los proveedores contratados pueden cobrar un copago adicional de \$200 por unidad. En dichos casos, tienen cobertura las primeras seis (6) unidades, según se describe en la limitación número 6 anterior, solo con el copago especificado del miembro, de acuerdo con el Listado de Beneficios del Plan.
15. Las dentaduras parciales fijas (puentes) tienen cobertura en estos casos: se reemplaza una dentadura parcial fija existente por otra igual con pódicos idénticos y dientes de refuerzo con un buen pronóstico; los dientes de refuerzo son aptos para coronas según se describe en la limitación número 6 anterior; solo falta un diente permanente en un arco completo y el puente tendría dientes opuestos en el arco opuesto.
16. Los servicios periodontales quirúrgicos se limitan a una vez por cada período de treinta y seis (36) meses.
17. El desbridamiento bucal completo se limita a una vez por cada período de veinticuatro (24) meses.
18. Las derivaciones pediátricas, si las autoriza el Plan Dental de LIBERTY, tienen cobertura solo para hijos dependientes hasta los seis (6) años, a menos que el niño reúna las condiciones de la Ley para Protección de Personas Discapacitadas (ADA).

Exclusiones:

1. Cualquier procedimiento no específicamente listado como beneficio cubierto.
2. Reemplazo de prótesis o aparatos perdidos o robados, incluyendo dentaduras parciales, dentaduras completas y aparatos de ortodoncia.

CDT-2021: Current Dental Terminology, © 2021 American Dental Association. All rights reserved.

3. Anestesia general, analgesia, sedante intravenoso/intramuscular o los servicios de un anesthesiólogo en situaciones que no sean las descritas como parte de los beneficios cubiertos***
4. Un tratamiento iniciado antes de la cobertura o después de la cancelación de ésta.
5. Procedimientos, aparatos o restauraciones para tratar disfunciones de la articulación temporomandibular (p. ej., ajustes/correcciones en los huesos faciales), situaciones congénitas o de desarrollo (incluyendo dientes supernumerarios) o trastornos dentales inducidos médicamente, entre otros: tratamiento miofuncional (p. ej., terapia del habla) o disfunciones músculo-esqueléticas, a menos que se cubra como un beneficio de ortodoncia.
6. Servicios estéticos, o para tratar afecciones que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, dientes faltantes por enfermedades congénitas y dientes descoloridos o sin esmalte. Servicios estéticos, o para tratar afecciones que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, dientes faltantes por enfermedades congénitas y dientes descoloridos o sin esmalte.
7. Procedimientos que no sean de necesidad dental, según decisión tomada conforme a las normas profesionales reconocidas de la profesión.
8. Los procedimientos realizados en dientes naturales sólo para aumentar la dimensión vertical o para restaurar la oclusión.
9. Cualquier servicio realizado fuera de su oficina dental asignada, a menos que haya sido autorizada específicamente por LIBERTY Dental Plan o salvo que esté resumida y cubierta en la sección "Atención Dental en Caso de Emergencia."
10. La extracción de los terceros molares asintomáticos y no erupcionados (u otros dientes) que aparentemente no tengan obstáculos para erupcionar y que no presenten una patología activa.
11. Procedimientos o aparatos provistos por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
12. Servicios para restaurar la estructura de dientes dañada por el desgaste (abrasión, erosión, atrición o abfracción), para reconstruir la oclusión o mantener la superficie de trituración de los dientes que están desalineados o para estabilizar los dientes. Algunos ejemplos de dichos tratamientos son la equilibración y el soporte periodontal.
13. Cualquier servicio dental de rutina realizado por un dentista de atención primaria o por un especialista en un centro hospitalario para pacientes internados/ambulatorios.
14. Consultas por servicios no cubiertos.



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN Ortho-175

- Dentición Primaria: Primeros dientes desarrollados y brotados.
 Dentición Transitoria: La fase final de la transición entre la dentición primaria y la dentadura adulta, en la cual los molares y caninos caducos están en el proceso de muda y los sucesores permanentes están brotando.
 Dentición Adolescente: La dentición presente después de la pérdida normal de los dientes primarios y antes de cesar el crecimiento que pudiera afectar el tratamiento ortodóncico.
 Dentición Adulta: La dentición presente después de cesar el crecimiento que pudiera afectar el tratamiento ortodóncico.

El tratamiento debe ser proporcionado por un proveedor de ortodoncia contratado de LIBERTY Dental Plan.

Cualquier procedimiento no detallado está afectado por los honorarios comunes y prevalecientes del proveedor.

Código CDT	Descripción	El copago del miembro
D0340	Radiografía cefalométrica 2D, medición y análisis	\$100.00
D0470	Moldes de diagnóstico	\$75.00
D0702	Radiografía cefalométrica 2-D, solo captura de imágenes	\$100.00
D9310	Consulta, aparte del dentista que solicita	\$0.00
D8010	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición primaria	\$1,300.00
D8020	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición transitoria	\$1,300.00
D8030	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición adolescente	\$1,300.00
D8040	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición adulta	\$1,300.00
D8070	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición transitoria	\$1,550.00
D8080	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición adolescente	\$1,550.00
D8090	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición adulta	\$1,695.00
D8210	Terapia de aparato removible	\$350.00
D8220	Terapia de aparato fijo	\$350.00
D8660	Examen de tratamiento pre-ortodóncico para monitorear el crecimiento y el desarrollo	\$0.00
D8670	Visita periódica para el tratamiento de ortodoncia	\$0.00
D8680	Retención ortodóncica (retiro de aparatos, constucción y colocación de dispositivo(s) de retención)	\$250.00
D9986	Cita perdida	\$20.00
D9987	Cita cancelada	\$0.00

Exclusiones Ortodóncias:

1. Reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados
2. Aparatos perdidos, robados o rotos
3. Tratamiento de ortodoncia iniciado antes de la fecha efectiva de cobertura del miembro, a menos que esté cubierto por medio de una disposición de absorción de tratamientos de ortodoncia.
4. Extracciones con fines de ortodoncia (esta condición no se aplicará si la extracción cumple con las normas profesionales reconocidas de la profesión, o la necesidad de realizarla surge en el contexto de una emergencia dental).
5. Tratamiento en curso en el momento de la elegibilidad, a menos que se incluya como una cláusula adicional de tratamientos de ortodoncia en los beneficios del grupo.
6. Ortodoncia quirúrgica para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)
7. Terapia miofuncional
8. Tratamiento del paladar hendido

CDT-2021: Current Dental Terminology, © 2021 American Dental Association. All rights reserved.



9. Tratamiento de micrognacia
10. Tratamiento de macroglosia
11. Los cambios necesarios en el tratamiento de ortodoncia debido a un accidente de cualquier tipo.
12. La cobertura de ortodoncia se limita a 24 meses de tratamiento, seguidos de 24 meses de consultas para servicios de retención.
13. Los servicios prestados después del 24.º mes de tratamiento y/o retención son responsabilidad del paciente por un costo que no puede superar los \$130 mensuales.
14. En el caso de una cancelación, el paciente es responsable de la tarifa habitual del dentista prorrateada a lo largo del tratamiento y/o retención restante.