



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Dental pediátrica integrada - IEHP Silver 70

Máximo gasto de bolsillo individual: \$8,700 por año Calendar 2025 Máximo

gasto de bolsillo familiar: \$17,400 por por año Calendar 2025

- ✓ Los miembros deben visitar un consultorio dental contratado por LIBERTY Dental Plan para utilizar los beneficios cubiertos. Su consultorio dental determinará un plan de tratamiento o iniciará el proceso de derivación a un especialista con LIBERTY Dental Plan si los servicios médicos recomendados son médicamente necesarios y están fuera del ámbito de la odontología general.
- ✓ Este Programa de Beneficios representa los beneficios de HMO dental pediátrico cubiertos como parte del Plan de Salud que ofrece [HEALTH PLAN]. Cualquier copago para servicios dentales cubiertos se acumulará para el máximo gasto de bolsillo del plan de salud por año calendario (que se muestra arriba como referencia). Para verificar su máximo gasto de bolsillo, puede consultar el folleto de Evidencia de Cobertura de su plan de salud, visitar el sitio web de su plan de salud en [Health Plan website] o llamar a Servicios para Miembros al [1.XXX.XXX.XXXX] (número gratuito).
- ✓ Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el máximo gasto de bolsillo combinado, no se le podrá cobrar por servicios dentales cubiertos que reciba durante el resto del año calendario. Se pagará al consultorio dental contratado por LIBERTY Dental Plan por los servicios cubiertos como si estuviera contratado directamente por LIBERTY. Los cargos por servicios opcionales o no cubiertos no se incluyen en el cálculo del máximo gasto de bolsillo combinado, y usted seguirá siendo económicamente responsable. En un plan con dos o más miembros, no se le puede cobrar al primer miembro de la familia que alcance el máximo gasto de bolsillo individual por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. El máximo gasto de bolsillo familiar se alcanza combinando los gastos elegibles de dos o más miembros de la familia cubiertos.
- ✓ Los copagos del miembro deben pagarse en el consultorio dental en el momento de la prestación de los servicios.
- ✓ Este Programa de beneficios no garantiza los beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad, exclusiones y limitaciones, y se deben determinar como médicamente 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).
- ✓ Los procedimientos dentales no incluidos en este Programa de beneficios están disponibles a la tarifa habitual del consultorio dental.

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|---------------------------------|---|------------------------------|---|
| Servicios de diagnóstico | | | |
| D0120 | Evaluación bucal periódica | sin costo | 1 (D0120) cada 6 meses por proveedor |
| D0140 | Evaluación bucal limitada | sin costo | 1 (D0140) por paciente por proveedor |
| D0145 | Evaluación bucal para menores de 3 años | sin costo | |
| D0150 | Evaluación bucal completa | sin costo | 1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial |
| D0160 | Evaluación bucal, centrada en un problema | sin costo | 1 (D0160) por paciente por proveedor |
| D0170 | Re-evaluación, limitada, centrada en un problema | sin costo | hasta 6 de (D0170, D0171) en un periodo de 3 meses, no más de 12 en 12 meses |
| D0171 | Re-evaluación, consulta postoperatoria | sin costo | |
| D0180 | Evaluación periodontal completa | sin costo | solo se facturará como D0150 |
| D0190 | Revisión de un paciente | sin cobertura | |
| D0191 | Evaluación de un paciente | sin cobertura | |
| D0210 | Serie completa de radiografías, intraorales | sin costo | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor |
| D0220 | Primera radiografía intraoral, periapical | sin costo | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses por proveedor |
| D0230 | Cada radiografía adicional intraoral, periapical | sin costo | |
| D0240 | Radiografía intraoral, oclusal | sin costo | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor |
| D0250 | Radiografía extraoral 2D, fuente de radiación fija | sin costo | 1 (D0250) por fecha de servicio |
| D0251 | Radiografía dental extraoral posterior | sin costo | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio |
| D0270 | Radiografía simple de aleta de mordida | sin costo | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio |
| D0272 | Aletas de mordida, dos radiografías | sin costo | 1 (D0272) cada 6 meses por proveedor |
| D0273 | Aletas de mordida, tres radiografías | sin costo | reducir el valor al código D0270 y D0272 |
| D0274 | Aletas de mordida, cuatro radiografías | sin costo | 1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, a partir de los 10 años |
| D0277 | Aletas de mordida verticales, 7 a 8 radiografías | sin costo | reducir el valor al código D0274 |
| D0310 | Sialografía | sin costo | |
| D0320 | Artrografía ATM, inyección incluida | sin costo | 3 (D0320) por fecha de servicio |
| D0322 | Estudio tomográfico | sin costo | 2 (D0322) cada 12 meses por proveedor |
| D0330 | Radiografía panorámica | sin costo | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor |
| D0340 | Radiografía cefalométrica 2D, medición y análisis | sin costo | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor |
| D0350 | Imágenes fotográficas orales/faciales en 2D, intraorales/extraorales | sin costo | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio |
| D0396 | Impresión 3D de un escaneo 3D de la superficie dental | sin costo | |
| D0419 | Evaluación del flujo salival por medición | sin cobertura | |
| D0431 | Prueba auxiliar pre-diagnóstico | sin cobertura | |
| D0460 | Pruebas de vitalidad pulpar | sin costo | |
| D0470 | Diagnóstico de moldes | sin costo | 1 (D0470) por proveedor, solo un beneficio con los servicios de ortodoncia cubiertos para los dientes permanentes |
| D0502 | Otros procedimientos de patología oral, según informe | sin costo | |
| D0601 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo bajo | sin costo | |
| D0602 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo moderado | sin costo | |
| D0603 | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo alto | sin costo | |
| D0701 | Radiografía panorámica, solo captura de imágenes | sin costo | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor |
| D0702 | Radiografía cefalométrica 2-D, solo captura de imágenes | sin costo | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor |
| D0703 | Imagen fotográfica oral/facial 2-D obtenida por vía intraoral o extraoral, solo captura de imágenes | sin costo | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio |
| D0705 | Radiografía dental posterior extraoral, solo captura de imágenes | sin costo | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio |
| D0706 | Radiografía oclusal intraoral, solo captura de imágenes | sin costo | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor |
| D0707 | Radiografía periapical intraoral, solo captura de imágenes | sin costo | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses por proveedor |
| D0708 | Radiografía de mordida intraoral, solo captura de imágenes | sin costo | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio |
| D0709 | Serie completa de radiografías, intraorales, solo captura de imágenes | sin costo | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor |
| D0801 | Escaneo 3D de la superficie dental, directo | sin costo | |
| D0802 | Escaneo 3D de la superficie dental, indirecto | sin costo | |
| D0803 | Escaneo 3D de la superficie facial, directo | sin costo | |
| D0804 | Escaneo 3D de la superficie facial, indirecto | sin costo | |
| D0999 | Procedimiento de diagnóstico no especificado, según informe | sin costo | |
| Servicios preventivos | | | |
| D1110 | Profilaxis, adulto | sin costo | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses |
| D1120 | Profilaxis, infante | sin costo | |
| D1206 | Aplicación tópica de capa de flúor | sin costo | 1 de (D1206, D1208) cada 6 meses |
| D1208 | Aplicación tópica de flúor, excluyendo el barniz | sin costo | |
| D1310 | Orientación nutricional para control de enfermedad dental | sin costo | |
| D1320 | Orientación sobre el tabaco, control/prevención de enfermedad bucal | sin costo | |
| D1321 | Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos de salud bucal y del comportamiento asociados con el uso de sustancias de alto riesgo | sin costo | |
| D1330 | Instrucciones de higiene bucal | sin costo | |
| D1351 | Sellante, por diente | sin costo | 1 de (D1351, D1352) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar |
| D1352 | Restauración temporal de resina, diente permanente | sin costo | |
| D1353 | Sellante, por diente | sin costo | 1 (D1353) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar |
| D1354 | Aplicación de medicamento para detener las caries, por diente | sin costo | 1 (D1354) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer tratamiento |
| D1355 | Aplicación de medicamentos preventivos contra la caries, por diente | sin costo | 1 (D1355) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer tratamiento |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
Dental pediátrica integrada - IEHP Silver 70

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|---|--|------------------------------|--|
| Servicios preventivos (continuación) | | | |
| D1510 | Espaciador, fijo, unilateral, por cuadrante | sin costo | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente, para menores de 18 años |
| D1516 | Espaciador, fijo, bilateral, maxilar | sin costo | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años |
| D1517 | Espaciador, fijo, bilateral, mandibular | sin costo | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años |
| D1520 | Espaciador, removible, unilateral, por cuadrante | sin costo | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por pacientes, para menores de 18 años |
| D1526 | Espaciador, removible, bilateral, maxilar | sin costo | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años |
| D1527 | Espaciador, removible, bilateral, mandibular | sin costo | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años |
| D1551 | Recementación o reunión del espaciador bilateral, maxilar | sin costo | 1 (D1551) cada 12 meses, para menores de 18 años |
| D1552 | Recementación o reunión del espaciador bilateral, mandibular | sin costo | 1 (D1552) cada 12 meses, para menores de 18 años |
| D1553 | Recementación o reunión del espaciador unilateral, por cuadrante | sin costo | 1 (D1553) por cuadrante cada 12 meses, para menores de 18 años |
| D1556 | Retiro del espaciador fijo unilateral, por cuadrante | sin costo | |
| D1557 | Retiro del espaciador fijo bilateral, maxilar | sin costo | |
| D1558 | Retiro del espaciador fijo bilateral, mandibular | sin costo | |
| D1575 | Espaciador tipo zapata distal, fijo, por cuadrante | sin costo | |
| Servicios de restauración | | | |
| D2140 | Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes | \$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 |
| D2150 | Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes | \$30 | |
| D2160 | Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes | \$40 | |
| D2161 | Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes | \$45 | |
| D2330 | Resina compuesta, una superficie, anteriores | \$30 | |
| D2331 | Resina compuesta, dos superficies, anteriores | \$45 | |
| D2332 | Resina compuesta, tres superficies, anteriores | \$55 | dientes primarios - 1 (D2390) por diente cada 12 meses dientes permanentes - 1 (D2390) por diente cada 36 meses |
| D2335 | Resina compuesta, cuatro o más superficies | \$60 | |
| D2390 | Corona de resina compuesta, anterior | \$50 | |
| D2391 | Resina compuesta, una superficie, posterior | \$30 | |
| D2392 | Resina compuesta, dos superficies, posteriores | \$40 | |
| D2393 | Resina compuesta, tres superficies, posteriores | \$50 | |
| D2394 | Resina compuesta, cuatro o más superficies, posteriores | \$70 | dientes permanentes - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses |
| D2542 | Onlay, metálico, dos superficies | sin cobertura | |
| D2543 | Onlay, metálico, tres superficies | sin cobertura | |
| D2544 | Onlay, metálico, cuatro o más superficies | sin cobertura | |
| D2642 | Onlay, porcelana/cerámica, dos superficies | sin cobertura | |
| D2643 | Onlay, porcelana/cerámica, tres superficies | sin cobertura | |
| D2644 | Onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies | sin cobertura | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años |
| D2662 | Onlay, resina compuesta, dos superficies | sin cobertura | |
| D2663 | Onlay, resina compuesta, tres superficies | sin cobertura | |
| D2664 | Onlay, resina compuesta, cuatro o más superficies | sin cobertura | |
| D2710 | Corona, resina compuesta (indirecta) | \$140 | |
| D2712 | Corona ¾, resina compuesta (indirecta) | \$190 | |
| D2720 | Corona, resina con metal de alta nobleza | sin cobertura | |
| D2721 | Corona, resina con metal base predominante | \$300 | |
| D2722 | Corona, resina con metal noble | sin cobertura | |
| D2740 | Corona, porcelana/cerámica | \$300 | |
| D2750 | Corona, porcelana con metal de alta nobleza | sin cobertura | |
| D2751 | Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente común | \$300 | |
| D2752 | Corona, porcelana con metal noble | sin cobertura | |
| D2753 | Corona, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | sin cobertura | |
| D2780 | Corona ¾, metal de alta nobleza | sin cobertura | |
| D2781 | Corona, ¾ metal base predominante fundido | \$300 | |
| D2782 | Corona ¾, metal noble | sin cobertura | |
| D2783 | Corona ¾, porcelana/cerámica | \$310 | |
| D2790 | Corona completa, metal de alta nobleza | sin cobertura | |
| D2791 | Corona completa, metal base predominante fundido | \$300 | |
| D2792 | Corona completa, metal noble | sin cobertura | |
| D2794 | Corona, titanio y aleaciones de titanio | sin cobertura | |
| D2910 | Recementación o reunión de incrustaciones inlay, onlay, carilla o cobertura parcial | \$25 | 1 (D2910) por diente cada 12 meses, por proveedor |
| D2915 | Recementación o reunión de poste y espiga fabricados/prefabricados indirectamente | \$25 | |
| D2920 | Recementación o reunión de corona | \$25 | después de 12 meses de la colocación inicial con el mismo proveedor |
| D2921 | Reconexión de fragmento dental, borde incisal o cúspide | \$45 | |
| D2928 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente | \$120 | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses |
| D2929 | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, dientes primarios | \$95 | |
| D2930 | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario | \$65 | 1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente | \$75 | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | \$75 | dientes primarios - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses |
| D2933 | Corona prefabricada en acero inoxidable con ventana de resina | \$80 | dientes permanentes - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses |
| D2940 | Restauración protectora | \$25 | 1 (D2940) por diente cada 6 meses, por proveedor |
| D2941 | Restauración terapéutica provisional, dentadura primaria | \$30 | |
| D2949 | Cimiento restaurativo para una restauración indirecta | \$45 | |
| D2950 | Perno, incluye espiga cuando se necesite | \$20 | |
| D2951 | Retención de espigas, por diente, sumado a la restauración | \$25 | 1 (D2951) por diente |
| D2952 | Perno y muñón sumados a la corona, fabricados indirectamente | \$100 | 1 (D2952) por diente |
| D2953 | Cada poste fabricado indirectamente adicional, mismo diente | \$30 | |
| D2954 | Perno y muñón prefabricados sumados a la corona | \$90 | 1 (D2954) por diente |
| D2955 | Posterior a la extracción | \$60 | |
| D2957 | Cada poste prefabricado adicional, mismo diente | \$35 | |
| D2971 | Procedimiento adicional para personalizar una corona nueva, marco de dentadura parcial existente | \$35 | |
| D2976 | Estabilización de banda, por diente | \$40 | |
| D2980 | Reparación de corona necesaria por fallo de material de restauración | \$50 | después de 12 meses de la colocación inicial de la corona con el mismo proveedor |
| D2989 | Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad | \$50 | |
| D2991 | Aplicación de medicamento de regeneración de hidroxiapatita, por diente | sin costo | |
| D2999 | Procedimiento restaurador no especificado, según informe | \$40 | |
| Servicios de endodoncia | | | |
| D3110 | Recubrimiento, directo (excluyendo la restauración final) | \$20 | |
| D3120 | Recubrimiento, indirecto (excluyendo la restauración final) | \$25 | |
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final) | \$40 | 1 (D3220) por diente primario |
| D3221 | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes | \$40 | 1 (D3221) por diente |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc. Dental
pediátrica integrada - IEHP Silver 70

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|---|---|------------------------------|--|
| Servicios de endodoncia (continuación) | | | |
| D3222 | Pulpotomía parcial, apexogénesis, diente permanente, raíz incompleta | \$60 | 1 (D3222) por diente |
| D3230 | Terapia pulpar, diente anterior, primario (no incluye la restauración final) | \$55 | 1 de (D3230, D3240) por diente |
| D3240 | Terapia pulpar, diente posterior, primario (no incluye la restauración final) | \$55 | |
| D3310 | Terapia endodóntica, diente anterior (no incluye la restauración final) | \$195 | 1 de (D3310, D3320, D3330) por diente |
| D3320 | Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye la restauración final) | \$235 | |
| D3330 | Terapia endodóntica, molar (no incluye la restauración final) | \$300 | |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción de conducto, acceso no quirúrgico | \$50 | |
| D3332 | Terapia endodóntica incompleta, inoperable, no restaurable, diente fracturado | sin cobertura | |
| D3333 | Reparación interna de fallas de perforación | \$80 | |
| D3346 | Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, anterior | \$240 | 1 de (D3346-D3348) luego de 12 meses del tratamiento inicial |
| D3347 | Retratamiento de la terapia de conducto anterior, premolar | \$295 | |
| D3348 | Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, molar | \$350 | |
| D3351 | Recalcificación/apexificación, consulta inicial | \$85 | |
| D3352 | Recalcificación/apexificación, reemplazo del medicamento provisional | \$45 | 1 (D3352) por diente |
| D3353 | Recalcificación/apexificación, consulta final | sin cobertura | |
| D3410 | Apicectomía, anterior | \$240 | |
| D3421 | Apicectomía, premolar (primera raíz) | \$250 | |
| D3425 | Apicoectomía, molar (primera raíz) | \$275 | |
| D3426 | Apicoectomía (cada raíz adicional) | \$110 | |
| D3428 | Injerto óseo en conjunto con cirugía periradicular, por diente, un solo sitio | \$350 | |
| D3429 | Injerto óseo en conjunto con cirugía periradicular, cada diente adicional, mismo sitio | \$350 | |
| D3430 | Relleno retrógrado, por raíz | \$90 | |
| D3431 | Materiales biológicos, regeneración de tejidos óseos suaves con cirugía periradicular | \$80 | |
| D3432 | Regeneración tisular guiada, por sitio, con cirugía periradicular | sin cobertura | |
| D3450 | Amputación de raíz, por raíz | sin cobertura | |
| D3471 | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, anterior | \$160 | |
| D3472 | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, premolar | \$160 | |
| D3473 | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, molar | \$160 | |
| D3910 | Procedimiento quirúrgico para aislar al diente con dique de goma | \$30 | |
| D3920 | Hemisección, no incluye terapia de conducto | sin cobertura | |
| D3950 | Preparación del conducto y ajuste de la clavija o poste preformado | sin cobertura | |
| D3999 | Procedimiento de endodoncia no especificado, según informe | \$100 | |
| Servicios periodontales | | | |
| D4210 | Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante | \$150 | 1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años |
| D4211 | Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante | \$50 | |
| D4240 | Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante | sin cobertura | |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante | sin cobertura | |
| D4249 | Alargamiento quirúrgico de la corona, tejido duro | \$165 | |
| D4260 | Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante | \$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 | |
| D4263 | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, primer sitio, cuadrante | sin cobertura | |
| D4264 | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, cada sitio adicional | sin cobertura | |
| D4265 | Materiales biológicos para ayudar a regenerar tejido suave y óseo, por sitio | \$80 | |
| D4266 | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio | sin cobertura | |
| D4267 | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera no reabsorbible, por sitio | sin cobertura | |
| D4270 | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando | sin cobertura | |
| D4273 | Injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente | sin cobertura | |
| D4275 | Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente | sin cobertura | |
| D4283 | Injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio | sin cobertura | |
| D4285 | Injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio | sin cobertura | |
| D4286 | Extracción de la barrera no reabsorbible | sin cobertura | |
| 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 | 1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses, a partir de los 13 años |
| D4342 | Limpieza periodontal y raspado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante | \$30 | |
| D4346 | Limpieza en presencia de inflamación moderada o severa, boca completa luego de evaluación | \$40 | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses |
| D4355 | Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontal integral, | \$40 | |
| D4381 | Aplicación localizada de agentes antimicrobianos/por diente | \$10 | |
| D4910 | Mantenimiento periodontal | \$30 | 1 (D4910) cada 3 meses |
| D4920 | Cambio de vendaje no programado (que no sea el dentista o el personal tratante) | \$15 | 1 (D4920) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años |
| D4999 | Procedimiento periodontal sin especificar, según informe | \$350 | |
| Servicios prostodónticos removibles | | | |
| D5110 | Prótesis dental completa, maxilar | \$300 | 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. |
| D5120 | Prótesis dental completa, mandibular | \$300 | |
| D5130 | Prótesis inmediata, maxilar | \$300 | 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 | 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 | 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 | |
| D5213 | Prótesis dental parcial maxilar, base de metal, base de resina | \$335 | |
| D5214 | Prótesis dental parcial mandibular de metal, con base de resina | \$335 | |
| D5221 | Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina | \$275 | 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 | |
| D5223 | Dentadura parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura | \$330 | |
| D5224 | Dentadura parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura | \$330 | |
| D5225 | Prótesis parcial maxilar, base flexible | sin cobertura | |
| D5226 | Prótesis parcial mandibular, base flexible | sin cobertura | |
| D5227 | Prótesis parcial maxilar inmediata, base flexible | sin cobertura | |
| D5228 | Prótesis parcial mandibular inmediata, base flexible | sin cobertura | |
| D5282 | Dentadura parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, maxilar | sin cobertura | |
| D5283 | Dentadura parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, mandibular | sin cobertura | |
| D5284 | Dentadura parcial unilateral removible, base flexible de una pieza, por cuadrante | sin cobertura | |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
Dental pediátrica integrada - IEHP Silver 70

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|---|--|------------------------------|--|
| Servicios de prostodoncia removible (continuación) | | | |
| D5286 | Dentadura parcial unilateral removible, resina de una pieza, por cuadrante | sin cobertura | |
| D5410 | Ajuste de prótesis dental completa, maxilar | \$20 | 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 | |
| D5421 | Ajuste de prótesis dental parcial, maxilar | \$20 | |
| D5422 | Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular | \$20 | |
| D5511 | Reparación de base rota de prótesis dental completa, mandibular | \$40 | 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 | 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 | hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses |
| D5611 | Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, mandibular | \$40 | 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 | 1 (D5612) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor |
| D5621 | Reparación del marco parcial del molde, mandibular | \$40 | 1 (D5621) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor |
| D5622 | Reparación del marco parcial del molde, maxilar | \$40 | 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 | 3 (D5630) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses |
| D5640 | Reemplazo de dientes rotos, por diente | \$35 | 4 (D5640) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses |
| D5650 | Adición de un diente a la prótesis dental parcial existente | \$35 | 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 | 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 | |
| D5671 | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, mandibular | sin cobertura | |
| D5710 | Reajuste de prótesis dental maxilar completa | sin cobertura | |
| D5711 | Reajuste de prótesis dental mandibular completa | sin cobertura | |
| D5720 | Reajuste de prótesis dental maxilar parcial | sin cobertura | |
| D5721 | Reajuste de prótesis dental mandibular parcial | sin cobertura | |
| D5730 | Recubrimiento de dentadura maxilar completa, directa | \$60 | 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 | |
| D5740 | Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, directa | \$60 | 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. |
| D5741 | Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, directa | \$60 | |
| D5750 | Recubrimiento de dentadura maxilar completa, indirecta | \$90 | |
| D5751 | Recubrimiento de dentadura mandibular completa, indirecta | \$90 | |
| D5760 | Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, indirecta | \$80 | |
| D5761 | Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, indirecta | \$80 | |
| D5850 | Acondicionamiento de tejido, maxilar | \$30 | 2 (D5850) cada 36 meses |
| D5851 | Acondicionamiento de tejido, mandibular | \$30 | 2 (D5851) cada 36 meses |
| D5862 | Aditamentos de precisión, según informe | \$90 | 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. |
| D5863 | Sobredentadura, completa, maxilar | \$300 | |
| D5864 | Sobredentadura, parcial, maxilar | \$300 | |
| D5865 | Sobredentadura, completa, mandibular | \$300 | |
| D5866 | Sobredentadura, parcial, mandibular | \$300 | |
| D5876 | Agregar una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica (por arco) | sin cobertura | |
| D5899 | Procedimiento de prostodoncia removible sin especificar, según informe | \$350 | |
| Servicios maxilofaciales protésicos | | | |
| D5911 | Creación de molde facial (seccional) | \$285 | |
| D5912 | Creación de molde facial (completo) | \$350 | |
| D5913 | Prótesis nasal | \$350 | |
| D5914 | Prótesis auricular | \$350 | |
| D5915 | Prótesis orbital | \$350 | |
| D5916 | Prótesis ocular | \$350 | |
| D5919 | Prótesis facial | \$350 | |
| D5922 | Prótesis nasal septal | \$350 | |
| D5923 | Prótesis ocular, temporal | \$350 | |
| D5924 | Prótesis craneal | \$350 | |
| D5925 | Prótesis de implante de aumento facial | \$200 | |
| D5926 | Prótesis nasal, reemplazo | \$200 | |
| D5927 | Prótesis auricular, sustitución | \$200 | |
| D5928 | Prótesis orbital, reemplazo | \$200 | |
| D5929 | Prótesis facial, reemplazo | \$200 | |
| D5931 | Prótesis de obturador, quirúrgica | \$350 | |
| D5932 | Prótesis de obturador, definitiva | \$350 | |
| D5933 | Prótesis de obturador, modificación | \$150 | 2 (D5933) cada 12 meses |
| D5934 | Prótesis de resección mandibular con brida guía | \$350 | |
| D5935 | Prótesis de resección mandibular sin brida guía | \$350 | |
| D5936 | Prótesis de obturador, temporal | \$350 | |
| D5937 | Aparato trismo (no para tratamiento de DTM) | \$85 | |
| D5951 | Alimentador | \$135 | menores de 18 años |
| D5952 | Prótesis para el habla, pediátrica | \$350 | menores de 18 años |
| D5953 | Prótesis para el habla, adulto | \$350 | a partir de los 18 años |
| D5954 | Prótesis de aumento de paladar | \$135 | |
| D5955 | Prótesis de elevación de paladar, definitiva | \$350 | |
| D5958 | Prótesis de elevación de paladar, temporal | \$350 | |
| D5959 | Prótesis de elevación de paladar, modificación | \$145 | 2 (D5959) cada 12 meses |
| D5960 | Prótesis para el habla, modificación | \$145 | 2 (D5960) cada 12 meses |
| D5982 | Stent quirúrgico | \$70 | |
| D5983 | Portador de radiación | \$55 | |
| D5984 | Protector de radiación | \$85 | |
| D5985 | Cono localizador de radiación | \$135 | |
| D5986 | Portador de gel de flúor | \$35 | |
| D5987 | Férula de comisura | \$85 | |
| D5988 | Férula quirúrgica | \$95 | |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc. Dental
pediátrica integrada - IEHP Silver 70

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones | |
|------------|---|------------------------------|--|--|
| | Servicios maxilofaciales protésicos (continuación) | | | |
| D5991 | Portador de medicamentos para enfermedades de la piel | \$70 | | |
| D5999 | Prótesis maxilofacial sin especificar, según informe | \$350 | | |
| | Servicios de implantes | | | |
| D6010 | Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, endosteal | \$350 | 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 implante de segunda etapa) | \$350 | | |
| D6012 | Implantación quirúrgica de implante provisional, prótesis transitoria: implante endoóseo | \$350 | | |
| D6013 | Colocación quirúrgica de mini implante | \$350 | | |
| D6040 | Colocación quirúrgica: implante endoóseo | \$350 | | |
| D6050 | Implante quirúrgico: implante transóseo | \$350 | | |
| D6055 | Barra conectora, soporte de implante o de pilar | \$350 | | |
| D6056 | Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación | \$135 | | |
| D6057 | Pilar fabricado a la medida, incluye colocación | \$180 | | |
| D6058 | Corona de porcelana/cerámica c/soporte | \$320 | | |
| D6059 | Corona de porcelana fundida con metal de alta nobleza, con soporte | \$315 | | |
| D6060 | Corona de porcelana fundida sobre metal base, con soporte | \$295 | | |
| D6061 | Corona de porcelana fundida sobre metal noble, con soporte | \$300 | | |
| D6062 | Corona de metal c/soporte, metal de alta nobleza | \$315 | | |
| D6063 | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal base | \$300 | | |
| D6064 | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal noble | \$315 | | |
| D6065 | Corona de porcelana/cerámica con implante de soporte | \$340 | | |
| D6066 | Corona con soporte de implante, porcelana con aleaciones altamente nobles | \$335 | | |
| D6067 | Corona con soporte de implante, aleaciones altamente nobles | \$340 | | |
| D6068 | Retenedor para PFP de porcelana/cerámica | \$320 | | |
| D6069 | Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal, alta nobleza | \$315 | | |
| D6070 | Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal base | \$290 | | |
| D6071 | Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal noble | \$300 | | |
| D6072 | Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal fundido, alta nobleza | \$315 | | |
| D6073 | Retenedor para PFP de metal, metal base | \$290 | | |
| D6074 | Retenedor para PFP de metal, metal noble | \$320 | | |
| D6075 | Retenedor con soporte de implante para PFP de cerámica | \$335 | | |
| D6076 | Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles | \$330 | | |
| D6077 | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones altamente nobles | \$350 | | |
| D6080 | Procedimientos de mantenimiento de implantes, prótesis retiradas/reinsertadas, incluye limpieza | \$30 | Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales | |
| D6081 | Limpieza y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante | \$30 | | |
| D6082 | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base | \$335 | | |
| D6083 | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones nobles | \$335 | | |
| D6084 | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | \$335 | | |
| D6085 | Implante de corona provisional | \$300 | | |
| D6086 | Corona con soporte de implante, con aleaciones predominantemente base | \$340 | | |
| D6087 | Corona con soporte de implante, aleaciones nobles | \$340 | | |
| D6088 | Corona con soporte de implante, titanio y aleaciones de titanio | \$340 | | |
| D6089 | Acceso y reaseguramiento de tornillos de implante sueltos, por tornillo | \$60 | | |
| D6090 | Reparación de prótesis con soporte de implante, según informe | \$65 | | |
| D6091 | Pieza de repuesto de semiprecisión, precisión, prótesis con soporte de implante/pilar, por aditamento | \$40 | | |
| D6092 | Recementación o reunión del implante/estructura con corona de soporte | \$25 | | |
| D6093 | Recementación o reunión del implante/estructura con PFP de soporte | \$35 | | |
| D6094 | Corona con soporte pilar, titanio y aleaciones de titanio | \$295 | | |
| D6095 | Reparación de soporte de implante, según informe | \$65 | | |
| D6096 | Extracción del tornillo de retención del implante roto | \$60 | | |
| D6097 | Corona con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | \$315 | | |
| D6098 | Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base | \$330 | | |
| D6099 | Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones nobles | \$330 | | |
| D6100 | Extracción quirúrgica del cuerpo del implante | \$110 | | |
| D6105 | Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción de hueso ni elevación del colgajo | \$110 | | |
| D6110 | Dentadura removible con implante/soporte, maxilar | \$350 | | Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales |
| D6111 | Dentadura removible con implante/soporte, mandibular | \$350 | | |
| D6112 | Dentadura removible con implante/soporte, parcial, maxilar | \$350 | | |
| D6113 | Dentadura removible con implante/soporte, parcial, mandibular | \$350 | | |
| D6114 | Dentadura fija con implante/soporte, maxilar | \$350 | | |
| D6115 | Dentadura fija con implante/soporte, mandibular | \$350 | | |
| D6116 | Dentadura fija con implante/soporte, parcial, maxilar | \$350 | | |
| D6117 | Dentadura fija con implante/soporte, parcial, mandibular | \$350 | | |
| D6118 | Dentadura fija provisional con implante/soporte, mandibular | \$350 | | |
| D6119 | Dentadura fija provisional con implante/soporte, maxilar | \$350 | | |
| D6120 | Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | \$330 | | |
| D6121 | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones predominantemente base | \$350 | | |
| D6122 | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones nobles | \$350 | | |
| D6123 | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, titanio y aleaciones de titanio | \$350 | | |
| D6190 | Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe | \$75 | | |
| D6191 | Pilar de semiprecisión, colocación | \$350 | | |
| D6192 | Aditamento de semiprecisión, colocación | \$350 | | |
| D6194 | Corona de retención con soporte pilar para PFP de titanio, titanio y aleaciones de titanio | \$265 | | |
| D6195 | Retenedor con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | \$315 | | |
| D6197 | Reemplazo de material de restauración, apertura de acceso cercano de prótesis implantosoportada atornillada, por implante | \$95 | | |
| D6198 | Retire el componente del implante provisional | \$110 | | |
| D6199 | Procedimiento de implante no especificado, según informe | \$350 | | |
| | Servicios de prostodónticos fijos | | | |
| D6205 | Pónico de compuesto a base de resina, indirecto | sin cobertura | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años | |
| D6210 | Pónico de metal de alta nobleza | sin cobertura | | |
| D6211 | Pónico con metal base predominante fundido | \$300 | | |
| D6212 | Pónico de metal noble | sin cobertura | | |
| D6214 | Pónico, titanio y aleaciones de titanio | sin cobertura | | |
| | | | | |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc. Dental
pediátrica integrada - IEHP Silver 70

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|--|---|------------------------------|--|
| Servicios de prostodoncia fija (continuación) | | | |
| D6240 | Póntico de porcelana fundido con metal de alta nobleza | sin cobertura | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años |
| D6241 | Póntico de porcelana con metal base predominante | \$300 | |
| D6242 | Póntico de porcelana con metal noble | sin cobertura | |
| D6243 | Póntico, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | sin cobertura | |
| D6245 | Póntico de porcelana/cerámica | \$300 | |
| D6250 | Póntico de resina con metal de alta nobleza | sin cobertura | |
| D6251 | Póntico de resina con metal base predominante | \$300 | |
| D6252 | Póntico de resina con metal noble | sin cobertura | |
| D6545 | Retenedor, metal para prótesis fijas retenidas por resina | sin cobertura | |
| D6548 | Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija unida con resina | sin cobertura | |
| D6549 | Retenedor de resina, para prótesis fijas retenidas por resina | sin cobertura | |
| D6608 | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, dos superficies | sin cobertura | |
| D6609 | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, tres o más superficies | sin cobertura | |
| D6610 | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, dos superficies | sin cobertura | |
| D6611 | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, tres o más superficies | sin cobertura | |
| D6612 | Retenedor onlay, metal base fundido, dos superficies | sin cobertura | |
| D6613 | Retenedor onlay, metal base fundido, tres o más superficies | sin cobertura | |
| D6614 | Retenedor onlay, metal noble fundido, dos superficies | sin cobertura | |
| D6615 | Retenedor onlay, metal noble fundido, tres o más superficies | sin cobertura | |
| D6634 | Retenedor onlay, titanio | sin cobertura | |
| D6710 | Corona de retención, compuesto de resina base indirecta | sin cobertura | |
| D6720 | Corona de retención, resina con metal de alta nobleza | sin cobertura | |
| D6721 | Corona de retención, resina con metal base predominante | \$300 | |
| D6722 | Corona de retención, resina con metal noble | sin cobertura | |
| D6740 | Corona de retención, porcelana/cerámica | \$300 | |
| D6750 | Corona de retención, porcelana con metal de alta nobleza | sin cobertura | |
| D6751 | Corona de retención, porcelana fundida con metal base predominante | \$300 | |
| D6752 | Corona de retención, porcelana fusionada con metal noble | sin cobertura | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años |
| D6753 | Corona de retención, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio | sin cobertura | |
| D6781 | Corona de retención, ¼ metal base predominante | \$300 | |
| D6782 | Corona de retención, ¼ metal noble fundido | sin cobertura | |
| D6783 | Corona de retención ¼, porcelana/cerámica | \$300 | |
| D6784 | Corona de retención ¼, titanio y aleaciones de titanio | \$300 | |
| D6791 | Corona de retención, metal base predominante completo | \$300 | |
| D6794 | Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio | sin cobertura | |
| D6930 | Recementación o reunión de prótesis dental parcial fija | \$40 | |
| D6980 | Reparación de prótesis dental parcial fija, falla de material de restauración | \$95 | |
| D6999 | Procedimiento de prostodoncia fijo sin especificar, según informe | \$350 | |
| 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 coroneales, dientes primarios | \$40 | |
| D7140 | Extracción, dientes erupcionados o raíz expuesta | \$65 | |
| D7210 | Extracción, diente erupcionado que requiere remoción del hueso y/o seccionamiento del diente | \$120 | |
| D7220 | Extracción de un diente impactado, tejido blando | \$95 | |
| D7230 | Remoción de un diente impactado, con retención intraósea parcial | \$145 | |
| D7240 | Remoción de un diente impactado, con retención intraósea completa | \$160 | |
| D7241 | Remoción de un diente impactado, con retención total en el hueso, complicación | \$175 | |
| D7250 | Extracción de raíces residuales del diente (procedimiento de corte) | \$80 | |
| D7260 | Cierre de fístula oroantral | \$280 | |
| D7261 | Cierre primario de una perforación de los senos | \$285 | |
| D7270 | Reimplantación y/o estabilización de dientes, accidente | \$185 | 1 (D7270) por arco |
| D7280 | Exposición de un diente no erupcionado | \$220 | |
| D7283 | Instalación, aparato para facilitar la erupción, impactación | \$85 | |
| D7284 | Biopsia excisional de glándulas salivales menores | \$115 | |
| D7285 | Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente) | \$180 | 1 (D7285) por arco, por fecha de servicio |
| D7286 | Biopsia incisional de tejido oral, blando | \$110 | hasta 3 (D7286) por fecha de servicio |
| D7287 | Recolección exfoliativa de muestra citológica | sin cobertura | |
| D7288 | Biopsia con cepillo, recolección de muestra transeptal | sin cobertura | |
| D7290 | Reposicionamiento quirúrgico de un diente | \$185 | 1 (D7290) por arco, únicamente para tratamiento ortodóncico activo |
| D7291 | Fibrotomía supra crestal/transseptal, según informe | \$80 | 1 (D7291) por arco, únicamente para tratamiento ortodóncico activo |
| D7310 | Alveoplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante | \$85 | |
| D7311 | Alveoplastia con extracciones, uno a tres dientes por cuadrante | \$50 | |
| D7320 | Alveoplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante | \$120 | |
| D7321 | Alveoplastia sin extracciones, uno a tres dientes por cuadrante | \$65 | |
| D7340 | Vestibuloplastia, extensión de superficie (2.º epitelización) | \$350 | 1 (D7340) por arco cada 5 años |
| D7350 | Vestibuloplastia, extensión de superficie | \$350 | 1 (D7350) por arco |
| D7410 | Excisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm | \$75 | |
| D7411 | Excisión de lesión benigna mayor a 1.25 cm | \$115 | |
| D7412 | Excisión de lesión benigna, complicada | \$175 | |
| D7413 | Excisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm | \$95 | |
| D7414 | Excisión de lesión maligna mayor a 1.25 cm | \$120 | |
| D7415 | Excisión de lesión maligna, complicada | \$255 | |
| D7440 | Excisión de tumor maligno de hasta 1.25 cm | \$105 | |
| D7441 | Excisión de tumor maligno mayor a 1.25 cm | \$185 | |
| D7450 | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno de hasta 1.25 cm | \$180 | |
| D7451 | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm | \$330 | |
| D7460 | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno de hasta 1.25 cm | \$155 | |
| D7461 | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno mayor de 1.25 cm | \$250 | |
| D7465 | Destrucción de lesión(es) con métodos físicos/químicos, según informe | \$40 | |
| D7471 | Remoción de exostosis, maxilar o mandibular | \$140 | 1 (D7471) por cuadrante |
| D7472 | Extracción del rodete palatino (<i>torus palatinus</i>) | \$145 | 1 (D7472) de por vida |
| D7473 | Extracción del rodete mandibular (<i>torus mandibularis</i>) | \$140 | 1 (D7473) por cuadrante |
| D7485 | Reducción de tuberosidad ósea | \$105 | 1 (D7485) por cuadrante |
| D7490 | Resección radical maxilar o mandibular | \$350 | |
| D7509 | Marsupialización de quiste odontogénico | \$180 | |
| D7510 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral | \$70 | 1 (D7510) por cuadrante, misma fecha de servicio |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc. Dental
pediátrica integrada - IEHP Silver 70

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|---|---|------------------------------|--|
| Servicios orales y maxilofaciales (continuación) | | | |
| D7511 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado | \$70 | 1 (D7511) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7520 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral | \$70 | |
| D7521 | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado | \$80 | |
| D7530 | Remoción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido | \$45 | 1 (D7530) por fecha de servicio |
| D7540 | Remoción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético | \$75 | 1 (D7540) por fecha de servicio |
| D7550 | Osteotomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso no vital | \$125 | 1 (D7550) por cuadrante, por fecha de servicio |
| D7560 | Sinusotomía maxilar para la remoción del fragmento de diente o un cuerpo extraño | \$235 | |
| D7610 | Maxilar, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay) | \$140 | |
| D7620 | Maxilar, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay) | \$250 | |
| D7630 | Mandíbula, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay) | \$350 | |
| D7640 | Mandíbula, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay) | \$350 | |
| D7650 | Arco malar o cigomático, reducción abierta | \$350 | |
| D7660 | Arco malar o cigomático, reducción cerrada | \$350 | |
| D7670 | Alvéolo, reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes | \$170 | |
| D7671 | Alvéolo, reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes | \$230 | |
| D7680 | Huesos faciales, reducción complicada con fijación, múltiples enfoques quirúrgicos | \$350 | |
| D7710 | Maxilar, reducción abierta | \$110 | |
| D7720 | Maxilar, reducción cerrada | \$180 | |
| D7730 | Mandíbula, reducción abierta | \$350 | |
| D7740 | Mandíbula, reducción cerrada | \$290 | |
| D7750 | Arco malar o cigomático, reducción abierta | \$220 | |
| D7760 | Arco malar o cigomático, reducción cerrada | \$350 | |
| D7770 | Alvéolo, reducción abierta con estabilización de dientes | \$135 | |
| D7771 | Alvéolo, reducción cerrada con estabilización de dientes | \$160 | |
| D7780 | Huesos faciales, reducción complicada con fijación y múltiples enfoques | \$350 | |
| D7810 | Reducción abierta de dislocación | \$350 | |
| D7820 | Reducción cerrada de dislocación | \$80 | |
| D7830 | Manipulación bajo anestesia | \$85 | |
| D7840 | Condilectomía | \$350 | |
| D7850 | Disectomía quirúrgica, con/sin implante | \$350 | |
| D7852 | Reparación de disco | \$350 | |
| D7854 | Sinovectomía | \$350 | |
| D7856 | Miotomía | \$350 | |
| D7858 | Reconstrucción de articulación | \$350 | |
| D7860 | Artrotomía | \$350 | |
| D7865 | Artroplastia | \$350 | |
| D7870 | Artrocentesis | \$90 | |
| D7871 | Lisis y lavado no artroscópicos | \$150 | |
| D7872 | Artroscopia, diagnóstico, con o sin biopsia | \$350 | |
| D7873 | Artroscopia: lavado y lisis de adherencias | \$350 | |
| D7874 | Artroscopia: reposicionamiento de disco y estabilización | \$350 | |
| D7875 | Artroscopia: sinovectomía | \$350 | |
| D7876 | Artroscopia: disectomía | \$350 | |
| D7877 | Artroscopia: desbridamiento | \$350 | |
| D7880 | Dispositivo ortopédico oclusal, según informe | \$120 | |
| D7881 | Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal | \$30 | |
| D7899 | Terapia DTM especificada, según informe | \$350 | |
| D7910 | Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm | \$35 | |
| D7911 | Sutura complicada, hasta 5 cm | \$55 | |
| D7912 | Sutura complicada, más de 5 cm | \$130 | |
| D7920 | Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto) | \$120 | |
| D7922 | Colocación de un apósito biológico intraalveolar para ayudar en la hemostasia o el coágulo, estabilización, por sitio | \$80 | |
| D7939 | Indexación para osteotomía utilizando navegación dinámica o navegación asistida por robot | \$350 | |
| D7940 | Osteoplastia, para deformidades ortognáticas | \$160 | |
| D7941 | Osteotomía, ramas mandibulares | \$350 | |
| D7943 | Osteotomía, ramas mandibulares con injerto óseo; incluye la obtención del injerto | \$350 | |
| D7944 | Osteotomía, segmentada o subapical | \$275 | |
| D7945 | Osteotomía, cuerpo de la mandíbula | \$350 | |
| D7946 | LeFort I (maxilar, total) | \$350 | |
| D7947 | LeFort I (maxilar, segmentada) | \$350 | |
| D7948 | LeFort II o LeFort III, sin injerto óseo | \$350 | |
| D7949 | LeFort II o LeFort III, con injerto óseo | \$350 | |
| D7950 | Injerto óseo, osteoperiosteal, de cartílago, mandibular o maxilar, según informe | \$190 | |
| D7951 | Aumento sinusal con huesos o sustitutos de hueso a través de un enfoque abierto lateral | \$290 | |
| D7952 | Aumento sinusal a través de un enfoque vertical | \$175 | |
| D7955 | Reparación de defecto de tejido maxilofacial suave o duro | \$200 | |
| D7956 | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera reabsorbible, por sitio | sin cobertura | |
| D7957 | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera no reabsorbible, por sitio | sin cobertura | |
| D7961 | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía) | \$120 | 1 (D7961) por arco, por fecha de servicio |
| D7962 | Frenectomía lingual (frenulectomía) | \$120 | 1 (D7962) por arco, por fecha de servicio |
| D7963 | Frenuloplastia | \$120 | 1 (D7963) por arco, por fecha de servicio |
| D7970 | Excisión del tejido hiperplástico, por arco | \$175 | 1 (D7970) por arco, por fecha de servicio |
| D7971 | Excisión de encía pericoronar | \$80 | |
| D7972 | Reducción quirúrgica de tuberculosis fibrosa | \$100 | 1 (D7972) por arco, por fecha de servicio |
| D7979 | Sialolitomía no quirúrgica | \$155 | |
| D7980 | Sialolitomía quirúrgica | \$155 | |
| D7981 | Excisión de glándula salival, según informe | \$120 | |
| D7982 | Sialodocoplastia | \$215 | |
| D7983 | Cierre de fistula salival | \$140 | |
| D7990 | Traqueotomía de emergencia | \$350 | |
| D7991 | Coronoidectomía | \$345 | |
| D7995 | Injerto sintético, huesos de mandíbula o faciales, según informe | \$150 | |
| D7997 | Remoción de aparato (no por el dentista que lo colocó), incluye la remoción de la barra del arco | \$60 | 1 (D7997) por arco, por fecha de servicio |
| D7999 | Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, según informe | \$350 | |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc. Dental
pediátrica integrada - IEHP Silver 70

| Código CDT | Descripción | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|---|---|--|--|
| 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 | \$1,000 por curso de tratamiento, independientemente del año del plan, siempre y cuando el miembro se mantenga inscrito en el plan | a partir de los 13 años |
| D8210 | Terapia de aparato removible | | 1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años |
| D8220 | Terapia de aparato fijo | | 1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años |
| D8660 | Examen de tratamiento pre-ortodóntico para monitorear el crecimiento y el desarrollo | | 1 (D8660) cada 3 meses por un máximo de 6 |
| D8670 | Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia | | 1 (D8670) por trimestre calendario |
| D8680 | Retención ortodóntica (retiro de aparatos, construcción y colocación de dispositivo(s) de retención) | | 1 (D8680) por arco por cada fase autorizada de tratamiento ortodóntico |
| D8681 | Ajuste de retenedor removible de ortodoncia | | |
| D8696 | Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar | | 1 de (D8696, D8697) por arco, por aparato |
| D8697 | Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular | | |
| D8698 | Recementación o reunión del retenedor fijo, maxilar | | 1 de (D8698, D8699) por arco, por proveedor |
| D8699 | Recementación o reunión del retenedor fijo, mandibular | | |
| D8701 | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, maxilar | | |
| D8702 | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, mandibular | | |
| D8703 | Reemplazo del retenedor perdido o roto, maxilar | | 1 de (D8703, D8704) por arco |
| D8704 | Reemplazo del retenedor perdido o roto, mandibular | | |
| D8999 | Procedimiento de ortodoncia no especificado, según informe | | |
| Servicios auxiliares generales | | | |
| D9110 | Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta | \$30 | 1 (D9110) por fecha de servicio |
| D9120 | Seccionamiento de dentadura parcial fija | \$95 | |
| D9210 | Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos | \$10 | 1 (D9210) por fecha de servicio |
| D9211 | Anestesia por bloqueo regional | \$20 | |
| D9212 | Anestesia por bloqueo de división del trigémino | \$60 | |
| D9215 | Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos | \$15 | |
| D9219 | Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general | \$45 | |
| PAUTA: | | | |
| 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. | | | |
| D9222 | Sedación profunda/anestesia general, incremento los primeros 15 minutos | \$45 | |
| D9223 | Sedación profunda/anestesia general, incremento subsiguiente cada 15 minutos | \$45 | |
| D9230 | Inhalación de óxido nítrico/analgesia, ansiolisis | \$15 | |
| D9239 | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento los primeros 15 minutos | \$60 | |
| D9243 | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento subsiguiente cada 15 minutos | \$60 | |
| D9248 | Sedación (consciente) no intravenosa, incluye sedación mínima y moderada no intravenosa | \$65 | |
| D9310 | Consulta, aparte de solicitar un dentista | \$50 | |
| D9311 | Consulta con un profesional de atención médica | sin costo | |
| D9410 | Llamado telefónico al hogar/centro de cuidado extendido | \$50 | |
| D9420 | Llamada a un hospital o centro quirúrgico ambulatorio | \$135 | |
| D9430 | Visitas al consultorio, observación, horas regulares, no incluye otros servicios | \$20 | 1 (D9430) por fecha de servicio, por proveedor |
| D9440 | Visitas al consultorio, después del horario de atención regular | \$45 | 1 (D9440) por fecha de servicio, por proveedor |
| D9450 | Presentación de caso, planificación posterior, detallada y exhaustiva del tratamiento | sin cobertura | |
| D9610 | Droga parenteral terapéutica, una sola dosis | \$30 | 4 (D9610) por fecha de servicio |
| D9612 | Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos. | \$40 | 4 (D9612) por fecha de servicio |
| D9910 | Aplicación de medicamento desensibilizante | \$20 | 1 (D9910) por diente cada 12 meses, solo para dientes permanentes |
| D9930 | Tratamiento de complicaciones, poscirugía, inusual, según informe | \$35 | 1 (D9930) por fecha de servicio, por proveedor |
| D9942 | Reparación y/o realineamiento de la guarda oclusal | sin cobertura | |
| D9943 | Ajuste de guarda oclusal | sin cobertura | |
| D9944 | Protector oclusal, aparato duro, arco completo | sin cobertura | |
| D9945 | Protector oclusal, aparato suave, arco completo | sin cobertura | |
| D9946 | Protector oclusal, aparato duro, arco parcial | sin cobertura | |
| D9950 | Análisis de oclusión, modelos montados en articulador | \$120 | 1 (D9950) cada 12 meses, a partir de los 13 años |
| D9951 | Ajuste de oclusión, limitado | \$45 | 1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses, por proveedor, a partir de los 13 años |
| D9952 | Ajuste de oclusión, completo | \$210 | 1 (D9952) cada 12 meses, a partir de los 13 años |
| D9995 | Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real | sin costo | En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer Teledentistry, sería ofrecido sin costo alguno. |
| D9996 | Teleodontología, asincrónica; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión | sin costo | |
| D9997 | Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica | sin costo | |
| D9999 | Procedimiento complementario no especificado, según informe | sin costo | |

Beneficios pediátricos - Niños de 0 a 19 años de edad

El pago de los servicios opcionales o que no están cubiertos por la póliza no se contabilizará para el máximo gasto de bolsillo, y el pago de dichos servicios se seguirá aplicando después de haber alcanzado el máximo gasto de bolsillo anual.



LIBERTY Dental Plan of California, Inc. Dental pediátrica
integrada - IEHP Silver 70

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 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.