

Sin deducible anual

Sin máximo de cantidad anual en dólares

- Para utilizar los beneficios cubiertos, los afiliados deben elegir, y ser asignados a, un consultorio dental LS300 con un contrato con LIBERTY Dental Plan. Su consultorio asignado iniciará un plan de tratamiento o el proceso de referir a un especialista con LIBERTY Dental Plan si los servicios son necesarios por razones odontológicas y se encuentran fuera del alcance de la odontología general.
- Los copagos de los afiliados se deben pagar en el consultorio dental en el momento en que se prestan los servicios.
- Este Programa no garantiza beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad y a la necesidad odontológica en el momento del servicio.
- Los procedimientos dentales que no se detallan como un beneficio cubierto están disponibles a la tarifa normal y acostumbrada del consultorio dental.
- Para una descripción completa de su Plan, consulte la Evidencia de cobertura, además de este Programa.

Resumen de servicios

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Servicios de diagnóstico		
D0120	Evaluación oral periódica	sin cargo
D0140	Evaluación oral limitada	sin cargo
D0145	Evaluación oral para menores de 3 años	sin cargo
D0150	Evaluación oral integral	sin cargo
D0160	Evaluación oral, centrada en un problema	sin cargo
D0170	Reevaluación, limitada, centrada en un problema	sin cargo
D0171	Reevaluación, consulta posoperatoria	sin cargo
D0180	Evaluación periodontal integral	sin cargo
D0210	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas	sin cargo
D0220	Intraoral, periapical, primera imagen radiográfica	sin cargo
D0230	Intraoral, periapical, cada imagen radiográfica adicional	sin cargo
D0240	Imagen radiográfica intraoral, oclusal	sin cargo
D0250	Extraoral – imagen radiográfica en proyección 2D creada con una fuente de radiación fija y detector	sin cargo
D0251	Imagen radiográfica dental posterior extraoral	sin cargo
D0270	Radiografía de mordida, una sola imagen radiográfica	sin cargo
D0272	Radiografías de mordida, 2 imágenes radiográficas	sin cargo
D0273	Radiografías de mordida, 3 imágenes radiográficas	sin cargo
D0274	Radiografías de mordida, 4 imágenes radiográficas	sin cargo
D0277	Radiografías de mordida verticales, 7 a 8 imágenes radiográficas	sin cargo
D0330	Imagen radiográfica panorámica	sin cargo
D0372	Tomosíntesis intraoral, serie completa de imágenes radiográficas	sin cargo
D0373	Tomosíntesis intraoral, imagen radiográfica de mordida	sin cargo
D0374	Tomosíntesis intraoral, imagen radiográfica periapical	sin cargo
D0387	Tomosíntesis intraoral, serie completa, imágenes radiográficas, captura de imágenes únicamente	sin cargo
D0389	Tomosíntesis intraoral, imagen radiográfica periapical, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0414	Proceso de laboratorio de la muestra microbiana, cultivo, sensibilidad, preparación, informe	sin cargo
D0415	Obtención de microorganismos para cultivo	sin cargo
D0425	Pruebas de propensión a las caries	sin cargo
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	sin cargo
D0470	Moldes de diagnóstico	sin cargo



Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Servicios de diagnóstico (continuación)		
D0472	Recolección de tejido, examen macroscópico, preparación e informe	sin cargo
D0474	Recolección de tejido, examen macroscópico/microscópico, informe	sin cargo
D0701	Imagen radiográfica panorámica, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0706	Imagen radiográfica dental posterior extraoral, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0707	Intraoral, imagen radiográfica periapical, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0708	Intraoral, imagen radiográfica de mordida, captura de imagen únicamente	sin cargo
D0709	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas, captura de imágenes únicamente	sin cargo
Servicios preventivos		
D1110	Profilaxis, adulto	\$ 8.00
	Profilaxis, adulto (3ra o más en 12 meses)	\$ 45.00
D1120	Profilaxis, niño	\$ 7.00
	Profilaxis, niño (3ra o más en 12 meses)	\$ 35.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$ 9.00
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye barniz	\$ 9.00
	Aplicación tópica de flúor, no incluye barniz, hasta 18 años (flúor adicional)	\$ 10.00
D1310	Asesoramiento nutricional para controlar enfermedades dentales	sin cargo
D1320	Asesoramiento sobre tabaco, control/prevenición de enfermedad oral	sin cargo
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, del comportamiento y general asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	sin cargo
D1330	Instrucciones para la higiene oral	sin cargo
D1351	Sellador, por diente	\$ 15.00
D1352	Restauración preventiva con base de resina – diente permanente	\$ 15.00
D1353	Reparación de sellador, por diente	sin cargo
D1510	Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante	\$ 40.00
D1520	Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante	\$ 40.00
D1526	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, maxilar	\$ 40.00
D1527	Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular	\$ 40.00
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral, maxilar	\$ 15.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$ 15.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$ 15.00
D1556	Retiro del mantenedor de espacio fijo unilateral, por cuadrante	\$ 15.00
D1557	Retiro del mantenedor de espacio fijo unilateral, maxilar	\$ 15.00
D1558	Retiro del mantenedor de espacio fijo unilateral, mandibular	\$ 15.00
D1575	Mantenedor de espacio zapatilla distal, fijo, por cuadrante	\$ 40.00
Restauración		
D2140	Amalgama, 1 superficie, primaria o permanente	\$ 12.00
D2150	Amalgama, 2 superficies, primarias o permanentes	\$ 16.00
D2160	Amalgama, 3 superficies, primarias o permanentes	\$ 20.00
D2161	Amalgama, 4 o más superficies, primarias o permanentes	\$ 30.00
D2330	Composite a base de resina, 1 superficie, anterior	\$ 16.00
D2331	Composite a base de resina, 2 superficies, anteriores	\$ 28.00
D2332	Composite a base de resina, 3 superficies, anteriores	\$ 40.00
D2335	Composite a base de resina, 4 superficies, anteriores	\$ 52.00
D2390	Corona de composite a base de resina, anterior	\$ 60.00
D2391	Composite a base de resina, 1 superficie, posterior	\$ 65.00
D2392	Composite a base de resina, 2 superficies, posteriores	\$ 70.00
D2393	Composite a base de resina, 3 superficies, posteriores	\$ 80.00
D2394	Composite a base de resina, 4 o más superficies, posteriores	\$ 90.00

***PAUTAS para incrustaciones inlay, incrustaciones onlay y coronas simples:**

La cantidad máxima total que se puede cobrar al afiliado por procedimientos mejorados opcionales (explicados más abajo) es de \$250.00 por diente. Los proveedores deben explicar al paciente los beneficios cubiertos, así como las diferencias opcionales en materiales y tarifas antes de proveer un procedimiento mejorado opcional.

- 1. Las restauraciones con productos de marca** (por ejemplo, Sunrise, Captek, Vitadur-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) se pueden considerar procedimientos mejorados opcionales si los códigos de procedimiento de la terminología odontológica actual (CDT, por sus siglas en inglés) relacionados no se detallan entre los beneficios cubiertos.
- 2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides:** Las coronas de resina, porcelana y resina a metal básico o porcelana a metal básico son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
- 3. Beneficios para molares:** Las restauraciones con metal básico moldeado son beneficios cubiertos para molares. Los compuestos a base de resina y las coronas de porcelana/cerámica no son beneficios cubiertos para molares. Todas las coronas de resina a metal o porcelana a metal pueden considerarse procedimientos mejorados opcionales. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
- 4. El metal básico es el beneficio.** Si se elige, es posible que el afiliado deba pagar costos adicionales de laboratorio por a) metal noble, b) metal muy noble o c) titanio.

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Restauración (continuación)		
D2510	Incrustación inlay, de metal, 1 superficie	\$ 140.00*
D2520	Incrustación inlay, de metal, 2 superficies	\$ 155.00*
D2530	Incrustación inlay, de metal, 3 o más superficies	\$ 160.00*
D2542	Incrustación onlay, de metal, 2 superficies	\$ 160.00*
D2543	Incrustación onlay, de metal, 3 superficies	\$ 170.00*
D2544	Incrustación onlay, de metal, 4 o más superficies	\$ 175.00*
D2610	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 1 superficie	\$ 140.00*
D2620	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$ 150.00*
D2630	Incrustación inlay, porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$ 160.00*
D2642	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$ 170.00*
D2643	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 3 superficies	\$ 175.00*
D2644	Incrustación onlay, porcelana/cerámica, 4 o más superficies	\$ 185.00*
D2650	Incrustación inlay, composite a base de resina, 1 superficie	\$ 145.00*
D2651	Incrustación inlay, composite a base de resina, 2 superficies	\$ 160.00*
D2652	Incrustación inlay, composite a base de resina, 3 o más superficies	\$ 180.00*
D2662	Incrustación onlay, composite a base de resina, 2 superficies	\$ 175.00*
D2663	Incrustación onlay, composite a base de resina, 3 superficies	\$ 180.00*
D2664	Incrustación onlay, composite a base de resina, 4 o más superficies	\$ 185.00*
D2710	Corona, composite a base de resina (indirecto)	\$ 150.00*
D2712	Corona, composite de 3/4 a base de resina (indirecto)	\$ 150.00*
D2720	Corona, resina con metal muy noble	\$ 175.00*
D2721	Corona, resina con metal predominantemente básico	\$ 175.00*
D2722	Corona, resina con metal noble	\$ 175.00*
D2740	Corona, porcelana/cerámica	\$ 175.00*
D2750	Corona, porcelana fundida con metal muy noble	\$ 185.00*
D2751	Corona, porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$ 185.00*
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	\$ 185.00*
D2753	Corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 185.00*
D2780	Corona, moldeada 3/4 de metal muy noble	\$ 185.00*
D2781	Corona, moldeada 3/4 de metal predominantemente básico	\$ 190.00
D2782	Corona, moldeada 3/4 de metal noble	\$ 190.00*
D2783	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica	\$ 195.00*
D2790	Corona, moldeada completa de metal muy noble	\$ 175.00*
D2791	Corona, moldeada completa de metal predominantemente básico	\$ 175.00
D2792	Corona, moldeada completa de metal noble	\$ 175.00*
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	\$ 175.00*
D2799	Corona provisional	\$ 70.00
D2910	Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o con cobertura parcial	\$ 10.00
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente/prefabricados	\$ 10.00
D2920	Recementado o refijación de corona	\$ 10.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	\$ 40.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	\$ 40.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	\$ 40.00

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Restauración (continuación)		
D2932	Corona prefabricada de resina	\$ 45.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable, ventana de resina	\$ 45.00
D2934	Corona prefabricada estética recubierta de acero inoxidable, diente primario	\$ 45.00
D2940	Restauración protectora	sin cargo
D2950	Ampliación de muñón, incluidos los pernos cuando sea necesario	\$ 50.00
D2951	Retención de postes, por diente, además de la restauración	\$ 15.00
D2952	Poste y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente	\$ 50.00*
D2953	Cada poste fabricado indirectamente adicional, mismo diente	\$ 30.00*
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	\$ 50.00
D2955	Extracción de poste	\$ 20.00
D2957	Cada poste prefabricado adicional, mismo diente	\$ 25.00
D2960	Carilla labial (laminado de resina), directa	\$ 250.00
D2961	Carilla labial (laminado de resina), indirecta	\$ 325.00
D2962	Carilla labial (laminado de porcelana), indirecta	\$ 500.00
D2971	Procedimiento adicional para construir una corona nueva, marco de dentadura postiza parcial existente	\$ 50.00
D2980	Reparación de corona debido a falla del material de restauración	\$ 30.00
Endodoncia		
D3110	Recubrimiento pulpar – directo (no incluye restauración final)	\$ 5.00
D3120	Recubrimiento pulpar – indirecto (no incluye restauración final)	\$ 5.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final)	\$ 20.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$ 25.00
D3230	Terapia pulpar, diente primario anterior (no incluye restauración final)	\$ 35.00
D3240	Terapia pulpar, diente primario posterior (no incluye restauración final)	\$ 35.00
D3310	Terapia endodóntica, diente anterior (no incluye restauración final)	\$ 100.00
D3320	Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye restauración final)	\$ 150.00
D3330	Terapia endodóntica, diente molar (no incluye restauración final)	\$ 220.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto radicular; no quirúrgico	\$ 95.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta; diente que no se puede operar ni restaurar o fracturado	\$ 80.00
D3333	Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente	\$ 95.00
D3346	Repetición de terapia previa del conducto radicular – anterior	\$ 100.00
D3347	Repetición de terapia previa del conducto radicular – premolar	\$ 150.00
D3348	Repetición de terapia previa del conducto radicular – molar	\$ 220.00
D3351	Apexificación/recalcificación – consulta inicial	\$ 95.00
D3352	Apexificación/recalcificación – reemplazo de medicamento provisional	\$ 75.00
D3353	Apexificación/recalcificación – consulta final	\$ 75.00
D3410	Apicectomía – anterior	\$ 95.00
D3421	Apicectomía – premolar (primera raíz)	\$ 95.00
D3425	Apicectomía – molar (primera raíz)	\$ 95.00
D1352	Restauración preventiva con base de resina – diente permanente	\$ 15.00
D3426	Apicectomía – cada raíz adicional	\$ 45.00
D3430	Empaste retrógrado – por raíz	\$ 55.00
D3450	Amputación de raíz – por raíz	\$ 70.00
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma	\$ 50.00
D3920	Hemisección, no incluida la terapia del conducto radicular	\$ 120.00
D3950	Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado	\$ 15.00
Periodoncia		
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia, 4 dientes o más por cuadrante	\$ 95.00
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia, 1 a 3 dientes por cuadrante	\$ 48.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia, procedimiento restaurador, por diente	sin cargo
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, 4 dientes o más por cuadrante	\$ 150.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, 1 a 3 dientes por cuadrante	\$ 150.00
D4245	Colgajo de reposición apical	\$ 155.00
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	\$ 220.00
D4260	Cirugía ósea, 4 dientes o más por cuadrante	\$ 325.00

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Periodoncia (continuación)		
D4261	Cirugía ósea, 1 a 3 dientes por cuadrante	\$ 250.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, primer sitio del cuadrante	\$ 147.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo, diente natural retenido, cada sitio adicional	\$ 78.00
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando	\$ 135.00
D4266	Regeneración tisular guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio	\$ 360.00
D4267	Regeneración tisular guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio	\$ 425.00
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	\$ 236.00
D4273	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo, primer diente	\$ 425.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento mesial/distal, diente individual	\$ 120.00
D4275	Injerto no autógeno de tejido conectivo, primer diente	\$ 460.00
D4277	Injerto de tejido blando libre, primer diente	\$ 236.00
D4278	Injerto de tejido blando libre, cada diente adicional	\$ 236.00
D4283	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo, cada diente adicional, por sitio	\$ 425.00
D4285	Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo, cada diente adicional, por sitio	\$ 460.00
D4286	Eliminación de barrera no reabsorbible	sin cargo
D4322	Ferulización provisional - intracoronaria	\$ 80.00
D4323	Ferulización provisional - extracoronaria	\$ 80.00
PAUTA:		
No se permiten más de (2) cuadrantes de alisado y raspado radicular periodontal por cita/por día.		
D4341	Destartraje periodontal y alisado radicular, 4 dientes o más por cuadrante	\$ 45.00
D4342	Destartraje periodontal y alisado radicular, 1 a 3 dientes por cuadrante	\$ 23.00
D4346	Destartraje en presencia de inflamación moderada o grave, boca completa después de la evaluación	\$ 8.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal integral, consulta posterior	\$ 35.00
D4381	Administración localizada de agente antimicrobiano/por diente	\$ 25.00
D4910	Mantenimiento periodontal	\$ 45.00
D4920	Cambio de apósitos sin programar/que no sea por el dentista tratante	\$ 10.00
Prostodoncia - removable		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$ 250.00
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$ 250.00
D5130	Dentadura postiza de inmediato, maxilar	\$ 250.00
D5140	Dentadura postiza de inmediato, mandibular	\$ 250.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina	\$ 205.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina	\$ 205.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido/base de resina	\$ 235.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido/base de resina	\$ 235.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de dentadura postiza de resina	\$ 205.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de dentadura postiza de resina	\$ 205.00
D5223	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - estructura moldeada de metal, base de dentadura postiza de resina	\$ 235.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - estructura moldeada de metal, base de dentadura postiza de resina	\$ 235.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible	\$ 235.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible	\$ 235.00
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral removable, metal fundido de una pieza, maxilar	\$ 225.00
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral removable, metal fundido de una pieza, mandibular	\$ 225.00
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral removable, base flexible de una pieza, por cuadrante	\$ 225.00
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral removable, resina de una pieza, por cuadrante	\$ 225.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$ 14.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$ 14.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	\$ 14.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	\$ 14.00
D5511	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa, mandibular	\$ 30.00
D5512	Reparación de rotura en base de dentadura postiza completa, maxilar	\$ 30.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes/rotos, dentadura postiza completa	\$ 27.00

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Prostodoncia - removible (continuación)		
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	\$ 30.00
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	\$ 30.00
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	\$ 40.00
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	\$ 40.00
D5630	Reparación o reemplazo de gancho roto - por diente	\$ 25.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$ 25.00
D5650	Añadir diente a dentadura postiza parcial existente	\$ 25.00
D5660	Añadir gancho a dentadura postiza parcial existente - por diente	\$ 25.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal fundido, maxilar	\$ 130.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal fundido, mandibular	\$ 130.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	\$ 144.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	\$ 144.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	\$ 144.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	\$ 144.00
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	\$ 144.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa, directo	\$ 25.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa, directo	\$ 25.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar, directo	\$ 25.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular, directo	\$ 25.00
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa, indirecto	\$ 75.00
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa, indirecto	\$ 75.00
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar, indirecto	\$ 75.00
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular, indirecto	\$ 75.00
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial/indirecto	\$ 25.00
D5810	Dentadura postiza provisional completa, maxilar	\$ 130.00
D5811	Dentadura postiza provisional completa, mandibular	\$ 130.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional, maxilar	\$ 90.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional, mandibular	\$ 90.00
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	\$ 22.00
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	\$ 22.00
Servicios de implantes		
PAUTA:		
Los implantes y todos los servicios asociados con implantes se detallan con la cantidad del copago del afiliado real. No se permiten cargos adicionales por porcelana, metales nobles, metales muy nobles o titanio para implantes y procedimientos asociados con implantes.		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, endosteal	\$2,000.00
D6056	Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación	\$ 210.00
D6058	Corona de porcelana/cerámica sostenida por soporte	\$1,110.00
D6059	Corona de porcelana/metal muy noble sostenida por soporte	\$1,096.00
D6060	Corona de porcelana/metal básico sostenida por soporte	\$1,035.00
D6061	Corona de porcelana/metal noble sostenida por soporte	\$1,056.00
D6062	Corona de metal fundido sostenida por soporte, metal muy noble	\$1,003.00
D6063	Corona de metal fundido sostenida por soporte, metal básico	\$ 861.00
D6064	Corona de metal fundido sostenida por soporte, metal noble	\$ 912.00
D6065	Corona de porcelana/cerámica sostenida por implante	\$1,040.00
D6066	Corona sostenida por implante, porcelana fundida con aleaciones de metal muy noble	\$1,013.00
D6067	Corona sostenida por implante, aleaciones de metal muy noble	\$ 984.00
D6068	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	\$1,110.00
D6069	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de metal, metal muy noble	\$1,096.00
D6070	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de porcelana/metal, metal básico	\$1,035.00
D6071	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de porcelana/metal, metal noble	\$1,056.00
D6072	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de metal fundido, metal muy noble	\$1,028.00
D6073	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de metal fundido, metal básico	\$ 930.00
D6074	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de metal fundido, metal noble	\$1,005.00
D6075	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	\$1,092.00

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Servicios de implante (continuación)		
D6076	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija, porcelana fundida con aleaciones de metal muy noble	\$ 1,064.00
D6077	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, aleaciones de metal muy noble	\$ 984.00
D6081	Destartraje y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante	\$ 8.00
D6082	Corona sostenida por implante, porcelana fundida con aleaciones de metal predominantemente básico	\$ 984.00
D6083	Corona sostenida por implante, porcelana fundida con aleaciones de metal noble	\$ 984.00
D6084	Corona sostenida por implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 984.00
D6085	Corona provisional de implante	\$ 70.00
D6086	Corona sostenida por implante, aleaciones de metal predominantemente básico	\$ 984.00
D6087	Corona sostenida por implante, aleaciones de metal noble	\$ 984.00
D6088	Corona sostenida por implante, titanio y aleaciones de titanio	\$ 984.00
D6092	Recementado o refijación de corona sostenida por implante/soporte	\$ 45.00
D6093	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija sostenida por implante/soporte	\$ 65.00
D6094	Corona sostenida por soporte, titanio y aleaciones de titanio	\$ 670.00
D6096	Retiro de tornillo de retención de implante roto	\$ 75.00
D6097	Corona sostenida por soporte, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 984.00
D6098	Retenedor sostenido por implante, porcelana fundida con aleaciones de metal predominantemente básico	\$ 984.00
D6099	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija, porcelana fundida con aleaciones de metal noble	\$ 984.00
D6105	Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción ósea ni elevación del colgajo	\$ 8.00
D6106	Regeneración tisular guiada – barrera reabsorbible, por implante	\$ 360.00
D6107	Regeneración tisular guiada – barrera no reabsorbible, por implante	\$ 425.00
D6120	Retenedor sostenido por implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 984.00
D6121	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, aleaciones de metal predominantemente básico	\$ 984.00
D6121	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, aleaciones de metal predominantemente básico	\$ 984.00
D6122	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, aleaciones de metal noble	\$ 984.00
D6123	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, titanio y aleaciones de titanio	\$ 984.00
D6194	Corona de anclaje sostenida por soporte para dentadura postiza parcial fija de titanio, titanio y aleaciones de titanio	\$ 670.00
D6195	Retenedor sostenido por soporte, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 984.00

Prostodoncia - fija*** PAUTAS para puentes fijos e incrustaciones inlay, incrustaciones onlay y coronas con soportes**

La cantidad máxima total que se puede cobrar al afiliado por procedimientos mejorados opcionales (explicados más abajo) es de \$250.00 por diente. Los proveedores deben explicar al paciente los beneficios cubiertos, así como las diferencias opcionales en materiales y tarifas antes de proveer un procedimiento mejorado opcional.

- Las restauraciones con productos de marca** (por ejemplo, Sunrise, Captek, Vitadur-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) se pueden considerar procedimientos mejorados opcionales si los códigos de procedimiento de la terminología odontológica actual (CDT, por sus siglas en inglés) relacionados no se detallan entre los beneficios cubiertos.
- Beneficios para dientes anteriores y bicúspides:** Las coronas de resina, porcelana y resina a metal básico o porcelana a metal básico son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
- Beneficios para molares:** Las restauraciones con metal básico moldeado son beneficios cubiertos para molares. Los compuestos a base de resina y las coronas de porcelana/cerámica no son beneficios cubiertos para molares. Todas las coronas de resina a metal o porcelana a metal pueden considerarse procedimientos mejorados opcionales. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
- El metal básico es el beneficio.** Si se elige, es posible que el afiliado deba pagar costos adicionales de laboratorio por a) metal noble, b) metal muy noble o c) titanio.

D6205	Puente fijo, composite indirecto a base de resina	\$ 150.00*
D6210	Puente fijo, moldeado de metal muy noble	\$ 185.00*
D6211	Puente fijo, moldeado de metal predominantemente básico	\$ 175.00
D6212	Puente fijo, moldeado de metal noble	\$ 175.00*
D6214	Puente fijo, titanio y aleaciones de titanio	\$ 175.00*
D6240	Puente fijo, porcelana fundida con metal muy noble	\$ 185.00*
D6241	Puente fijo, porcelana fundida con metal predominantemente básico	\$ 185.00*
D6242	Puente fijo, porcelana fundida con metal noble	\$ 185.00*
D6243	Puente fijo, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$ 185.00*
D6245	Puente fijo, porcelana/cerámica	\$ 175.00*
D6250	Puente fijo, resina con metal muy noble	\$ 175.00*
D6251	Puente fijo, resina con metal predominantemente básico	\$ 175.00*
D6252	Puente fijo, resina con metal noble	\$ 175.00*

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Prostodoncia - fija (continuación)		
D6253	Puente fijo provisional.	\$ 120.00
D6545	Retenedor, metal moldeado para prótesis fija adherida con resina.	\$ 110.00*
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina.	\$ 90.00
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija adherida con resina.	\$ 90.00
D6600	Incrustación inlay de anclaje, porcelana/cerámica, 2 superficies.	\$ 160.00*
D6601	Incrustación inlay de anclaje, porcelana/cerámica, 3 o más superficies.	\$ 165.00*
D6602	Incrustación inlay de anclaje, metal muy noble fundido, 2 superficies.	\$ 150.00*
D6603	Incrustación inlay de anclaje, metal muy noble fundido, 3 o más superficies.	\$ 160.00*
D6604	Incrustación inlay de anclaje, metal básico fundido, 2 superficies.	\$ 150.00
D6605	Incrustación inlay de anclaje, metal básico fundido, 3 o más superficies.	\$ 160.00
D6606	Incrustación inlay de anclaje, metal noble fundido, 2 superficies.	\$ 150.00*
D6607	Incrustación inlay de anclaje, metal noble fundido, 3 o más superficies.	\$ 165.00*
D6624	Incrustación inlay de anclaje, titanio.	\$ 165.00
D6608	Incrustación onlay de anclaje, porcelana/cerámica, 2 superficies.	\$ 175.00*
D6609	Incrustación onlay de anclaje, porcelana/cerámica, 3 o más superficies.	\$ 180.00*
D6610	Incrustación onlay de anclaje, metal muy noble fundido, 2 superficies.	\$ 175.00*
D6611	Incrustación onlay de anclaje, metal muy noble fundido, 3 o más superficies.	\$ 175.00*
D6612	Incrustación onlay de anclaje, metal básico fundido, 2 superficies.	\$ 160.00
D6613	Incrustación onlay de anclaje, metal básico fundido, 3 o más superficies.	\$ 170.00
D6614	Incrustación onlay de anclaje, metal noble fundido, 2 superficies.	\$ 160.00*
D6615	Incrustación onlay de anclaje, metal noble fundido, 3 o más superficies.	\$ 165.00*
D6634	Incrustación onlay de anclaje, titanio.	\$ 170.00*
D6710	Corona de anclaje, composite indirecto a base de resina.	\$ 150.00*
D6720	Corona de anclaje, resina con metal muy noble.	\$ 175.00*
D6721	Corona de anclaje, resina con metal predominantemente básico.	\$ 175.00*
D6722	Corona de anclaje, resina con metal noble.	\$ 175.00*
D6740	Corona de anclaje, porcelana/cerámica.	\$ 175.00*
D6750	Corona de anclaje, porcelana fundida con metal muy noble.	\$ 185.00*
D6751	Corona de anclaje, porcelana fundida con metal predominantemente básico.	\$ 185.00*
D6752	Corona de anclaje, porcelana fundida con metal noble.	\$ 185.00*
D6753	Corona de anclaje, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio.	\$ 185.00*
D6780	Corona de anclaje, moldeada 3/4 de metal muy noble.	\$ 185.00*
D6781	Corona de anclaje, moldeada 3/4 de metal predominantemente básico.	\$ 190.00
D6782	Corona de anclaje, moldeada 3/4 de metal noble.	\$ 190.00*
D6783	Corona de anclaje, 3/4 de porcelana/cerámica.	\$ 195.00*
D6784	Corona de anclaje, 3/4 de titanio y aleaciones de titanio.	\$ 185.00*
D6790	Corona de anclaje, moldeada completa de metal muy noble.	\$ 175.00*
D6791	Corona de anclaje, moldeada completa de metal predominantemente básico.	\$ 175.00
D6792	Corona de anclaje, moldeada completa de metal noble.	\$ 175.00*
D6793	Corona de anclaje provisional.	\$ 75.00
D6794	Corona de anclaje, titanio y aleaciones de titanio.	\$ 175.00*
D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija.	\$ 17.00
D6940	Rompefuerza.	\$ 21.00
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, falla del material de restauración.	\$ 30.00
Cirugía oral y maxilofacial		
D7111	Extracción, restos coronarios, diente primario.	\$ 5.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta.	\$ 15.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente.	\$ 35.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando.	\$ 115.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente osificado.	\$ 145.00
D7240	Extracción de diente impactado, completamente osificado.	\$ 175.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente osificado, complicación.	\$ 195.00
D7250	Extracción de raíces residuales de dientes (procedimiento con corte).	\$ 50.00
D7261	Cierre primario de perforación sinusal.	\$ 170.00
D7270	Reimplante/estabilización de diente, accidente.	\$ 95.00

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Cirugía oral y maxilofacial (continuación)		
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$ 140.00
D7282	Movilización de diente erupcionado/mal posicionado	\$ 55.00
D7283	Colocación, dispositivo para facilitar la erupción, impactación	\$ 55.00
D7285	Biopsia quirúrgica de tejido oral, duro (hueso, diente)	\$ 25.00
D7286	Biopsia quirúrgica de tejido oral, blando	\$ 25.00
D7287	Obtención de muestra para estudio citológico de escamación	\$ 30.00
D7288	Biopsia por cepillado, obtención de muestra transepitelial	\$ 30.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones, 4 dientes o más, por cuadrante	\$ 70.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones, 1 a 3 dientes, por cuadrante	\$ 60.00
D7320	Alveoloplastia, sin extracciones, 4 dientes o más, por cuadrante	\$ 70.00
D7321	Alveoloplastia, sin extracciones, 1 a 3 dientes, por cuadrante	\$ 70.00
D7340	Vestibuloplastia, extensión de cresta (2ª epitelización)	\$ 70.00
D7350	Vestibuloplastia, extensión de cresta	\$ 100.00
D7450	Extracción de un quiste/tumor odontogénico benigno, de hasta 1.25 cm	\$ 80.00
D7451	Extracción de quiste/tumor odontogénico benigno, mayor de 1.25 cm	\$ 160.00
D7460	Extracción de un quiste/tumor no odontogénico benigno, de hasta 1.25 cm	\$ 90.00
D7461	Extracción de un quiste/tumor no odontogénico benigno, mayor de 1.25 cm	\$ 125.00
D7471	Extracción de exostosis lateral, maxilar o mandibular	\$ 100.00
D7472	Extracción de torus palatino	\$ 75.00
D7473	Extracción de torus mandibular	\$ 75.00
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$ 60.00
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	sin cargo
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$ 15.00
D7511	Incisión/drenaje, absceso, tejido blando intraoral, complicado	\$ 25.00
D7520	Incisión y drenaje, absceso, tejido blando extraoral	\$ 15.00
D7521	Incisión/drenaje, absceso, tejido blando extraoral, complicado	\$ 20.00
D7530	Extracción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido	\$ 18.00
D7560	Sinusetomía maxilar para extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	\$ 45.00
D7922	Colocación de apósito biológico intracavidad para ayudar en la hemostasis o la formación de coágulos, estabilización, por sitio	sin cargo
D7956	Regeneración tisular guiada, área desdentada – barrera reabsorbible, por sitio	\$ 360.00
D7957	Regeneración tisular guiada, área desdentada – barrera no reabsorbible, por sitio	\$ 425.00
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$ 25.00
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$ 25.00
D7963	Frenuloplastia	\$ 25.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico, por arco	\$ 55.00
D7971	Escisión de encía pericoronal	\$ 45.00
D7993	Colocación quirúrgica de implante craneofacial, extraoral	\$2,000.00
D7994	Colocación quirúrgica: implante cigomático	\$2,000.00
Servicios generales complementarios		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia), procedimiento menor	\$ 20.00
D9120	Corte por secciones de dentadura postiza parcial fija	\$ 5.00
D9210	Anestesia local por separado de los procedimientos que requieren operación o cirugía	sin cargo
D9211	Anestesia por bloqueo regional	sin cargo
D9212	Anestesia por bloqueo de división del nervio trigémino	sin cargo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos que requieren operación o cirugía	sin cargo
D9219	Evaluación de sedación profunda o anestesia general	sin cargo

**** PAUTA:**

La sedación profunda/anestesia general es un beneficio cubierto solo cuando se aplica junto con una cirugía oral y procedimientos de odontología pediátrica cubiertos que se realizan en un consultorio dental a cargo de un profesional que se desempeña dentro del alcance de su licencia y siempre que haya una afección documentada a causa de la cual la anestesia local esté contraindicada. Anestesia general, en su uso para el control del dolor dental, significa la eliminación de todo tipo de sensación acompañada de un estado de inconsciencia. El miedo o el estado nervioso del paciente no representan en sí una justificación suficiente para el uso de sedación profunda/anestesia general o de sedación/analgesia intravenosa consciente.

D9222 Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos. \$ 125.00**

Código de la ADA	Procedimiento	El afiliado paga
Servicios generales complementarios (continuación)		
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento de 15 minutos siguiente	\$ 125.00**
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$ 40.00
D9239	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, primeros 15 minutos	\$ 100.00**
D9243	Sedación/analgesia moderada (consciente) intravenosa, cada incremento de 15 minutos siguiente	\$ 100.00**
D9248	Sedación consciente no intravenosa	\$ 100.00
D9310	Consulta, excepto dentista solicitante	\$ 50.00
D9311	Consulta con profesional del cuidado de la salud	sin cargo
D9430	Visita al consultorio para observación, horario de atención regular, sin otros servicios	sin cargo
D9440	Consulta médica, después del horario regular programado	\$ 35.00
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	sin cargo
D9630	Fármacos o medicamentos despachados en el consultorio para uso doméstico	\$ 25.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$ 5.00
D9911	Solicitud de resina desensibilizante para superficie cervical o radicular, por diente	\$ 5.00
D9930	Tratamiento de complicaciones, posquirúrgicas, inusuales mediante informe	\$ 10.00
D9942	Reparación o revestimiento de protección de oclusión	\$ 55.00
D9944	Protección de oclusión, aparato duro, arco completo	\$ 130.00
D9945	Protector de oclusión, aparato blando, arco completo	\$ 130.00
D9946	Protección de oclusión, aparato duro, arco parcial	\$ 130.00
D9950	Análisis de oclusión, caso montado	sin cargo
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$ 15.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$ 30.00
D9971	Odontoplastia - por diente	\$ 10.00
D9972	Blanqueado externo, por arco, realizado en el consultorio	\$ 210.00
D9986	Cita incumplida	\$ 20.00
D9987	Cita cancelada	sin cargo
D9991	Administración de casos dentales, abordaje de barreras de cumplimiento de citas	sin cargo
D9992	Administración de casos dentales, coordinación del cuidado	sin cargo
D9993	Administración de casos dentales, entrevista motivacional	sin cargo
D9994	Administración de casos dentales, educación del paciente para mejorar los conocimientos sobre la salud oral	sin cargo
D9997	Administrador de casos dentales, pacientes con necesidades de cuidado de la salud especiales	sin cargo
Servicios de ortodoncia		
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D - medición y análisis	\$ 100.00
D0470	Moldes de diagnóstico	\$ 75.00
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2D, captura de imagen únicamente	\$ 100.00
D9310	Consulta, excepto dentista solicitante	sin cargo
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes primarios	\$1,300.00
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes transitorios	\$1,300.00
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adolescentes	\$1,300.00
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adultos	\$1,300.00
D8050	Tratamiento de ortodoncia interceptiva de dientes primarios	\$ 500.00
D8060	Tratamiento de ortodoncia interceptiva de dientes transitorios	\$ 500.00
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes transitorios	\$1,550.00
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes	\$1,550.00
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adultos	\$1,695.00
D8210	Terapia con aparato removible	\$ 350.00
D8220	Terapia con frenillos	\$ 350.00
D8660	Exploración previa al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	sin cargo
D8670	Consultas de ortodoncia periódicas	sin cargo
D8680	Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor(es))	\$ 250.00
D9986	Cita incumplida	\$ 20.00
D9987	Cita cancelada	sin cargo

LIBERTY Dental Plan hará los arreglos pertinentes para que usted reciba servicios de un especialista dental contratado siempre que el tratamiento que necesite se encuentre fuera del alcance de la odontología general. Su dentista general iniciará el proceso de referido con LIBERTY Dental Plan. Cuando reciba servicios de un especialista dental mediante los procesos de referido adecuados, se aplicarán los copagos para los afiliados detallados en este Programa de copagos.

Exclusiones de ortodoncia:

1. Reemplazo de aparatos de ortodoncia extraviados o robados
2. Aparatos extraviados, robados o rotos
3. Tratamiento de ortodoncia iniciado previo a la fecha de vigencia de la cobertura del afiliado, salvo que esté cubierto por una cláusula de adquisición de ortodoncia
4. Extracciones para tratamientos de ortodoncia, (no se aplicará si la extracción se realiza de acuerdo con los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica odontológica o si se debe realizar en el contexto de un problema dental de emergencia)
5. Tratamiento en curso en el momento de la elegibilidad, salvo que esté incluido como cláusula de ortodoncia de los beneficios del grupo
6. Ortodoncia quirúrgica por síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés)
7. Terapia miofuncional
8. Tratamiento de labio leporino
9. Tratamiento de micrognasia
10. Tratamiento de macroglosia
11. Cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios por cualquier tipo de accidente
12. La cobertura de ortodoncia se limita a 24 meses de tratamiento, seguidos por 24 meses de visitas de retención al consultorio
13. Los servicios provistos después de los 24 meses de tratamiento o retención son a cargo del paciente a una tarifa que no excederá los \$130 por mes
14. En caso de cancelación, el paciente será responsable de la tarifa habitual del dentista que brinda el tratamiento prorrateada durante el resto del tratamiento y/o la retención

Limitaciones:

1. Los procedimientos de profilaxis o destartraje en presencia de inflamación están cubiertos una vez cada 6 meses consecutivos.
2. Se cubre una serie completa de imágenes radiográficas o imagen radiográfica panorámica una vez cada 36 meses consecutivos.
3. Los tratamientos con flúor están cubiertos una vez cada 6 meses consecutivos.
4. Los selladores, reparaciones de sellador y la aplicación provisional de medicamento para la detención de caries están cubiertos solo para el primer y segundo molares permanentes sin caries para hijos dependientes hasta los 14 años. Limitado a uno por diente cada 36 meses.
5. El destartraje y el desbridamiento de un solo implante se cubren una vez cada 12 meses consecutivos.
6. El destartraje y el raspado radicular por cuadrante/sitio se cubren una vez cada 24 meses consecutivos.
7. El reemplazo de coronas, carillas labiales o dentaduras parciales fijas (puentes), por unidad, se limita a una vez cada 5 años.
8. El reemplazo de dentaduras postizas completas y parciales existentes está cubierto una vez por arco cada 5 años si no se pueden mantener en uso con revestimientos o reparaciones.
9. Los revestimientos de dentaduras postizas están cubiertos dos veces cada 12 meses consecutivos.
10. Las coronas fabricadas, las incrustaciones onlay y las incrustaciones inlay pueden estar cubiertas cuando un diente con buen pronóstico requiere restauración, pero no tiene suficiente estructura restante como para retener una amalgama en forma segura. La cobertura para estos procedimientos está limitada a afiliados desde los 16 años.
11. El reemplazo de una amalgama o de una restauración con resina en menos de doce meses por el mismo dentista o consultorio contratados no se puede cobrar al Plan o al afiliado.
12. No están cubiertos los procedimientos que no tienen buen pronóstico según lo determine un asesor odontológico registrado de LIBERTY.
13. La administración localizada de agentes antimicrobianos puede estar cubierta de 4 a 6 semanas después del destartraje y raspado radicular como procedimiento complementario para 2 sitios que no responden en un cuadrante con bolsa de 5 mm o más de inflamación.
14. Para planes de tratamiento que incluyen 7 unidades o más de coronas o dentaduras parciales fijas (puentes), los proveedores contratados pueden cobrar un copago adicional de \$200 por unidad. En esos casos, las primeras 6 unidades, tal como se describe en la limitación número 7 anteriormente, están cubiertas solo por la cantidad de copago para el afiliado, según se documenta en este Programa de beneficios.
15. Las dentaduras postizas parciales fijas (puentes) están cubiertas cuando: se reemplaza una dentadura postiza parcial fija existente por una equivalente con puentes fijos idénticos y dientes de soporte con buen pronóstico; los dientes de soporte son elegibles para una corona por sí mismos, según se describe en la limitación número 7 más arriba; solo hay un único diente permanente faltante en todo el arco y el puente tendría dientes antagonistas en el arco opuesto.
16. Los servicios quirúrgicos periodontales se limitan a una vez cada 36 meses.
17. El desbridamiento completo de la boca se limita a una vez cada 24 meses.
18. Los referidos pediátricos, si están autorizados por LIBERTY, están cubiertos solo para niños dependientes hasta los 6 años, salvo que el niño se elegible para la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

Exclusiones:

1. Todo procedimiento que no se detalle específicamente como beneficio cubierto.
2. Reemplazo de prótesis o aparatos extraviados o robados, entre ellos dentaduras postizas parciales, dentaduras postizas completas y aparatos de ortodoncia.
3. Anestesia general, analgesia, sedación intravenosa/intramuscular o los servicios de un anestesista que no se detallan en el Programa de beneficios (**).
4. Tratamientos iniciados antes del inicio de la cobertura o después de la finalización de la misma.
5. Procedimientos, aparatos o restauraciones para el tratamiento de disfunciones de la articulación temporomandibular (por ejemplo, ajustes/correcciones de huesos faciales), trastornos congénitos o del desarrollo (incluida hiperdontia) o trastornos dentales inducidos médicamente,

entre ellos: tratamiento miofuncional (por ejemplo, terapia del habla) o disfunciones músculoesqueléticas, a menos que estén cubiertos como un beneficio de ortodoncia.

6. Servicios con fines cosméticos o para afecciones causadas por defectos hereditarios del desarrollo, tales como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, falta congénita de dientes y dientes con falta de pigmentación o esmalte.
7. Procedimientos que se determine que no son necesarios por razones odontológicas de acuerdo con los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica odontológica.
8. Procedimientos realizados en dientes naturales solo para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión.
9. Servicios prestados fuera del consultorio dental asignado, a menos que estén autorizados expresamente por LIBERTY, o a menos que estén descritos y cubiertos en la sección "Cuidado dental de emergencia" de la Evidencia de cobertura.
10. La extracción de terceros molares (u otros dientes) asintomáticos y no erupcionados que parecen tener una salida sin obstáculos para erupcionar y no tienen una patología activa.
11. Procedimientos o aparatos provistos por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
12. Servicios de restauración de la estructura dental perdida por desgaste (abrasión, erosión, desgaste o abfracción), de reconstrucción de la oclusión o de mantenimiento de superficies o dientes de masticación que están desalineados o para estabilizar dientes. Ejemplos de tales tratamientos son la equilibración y la ferulización periodontal.
13. Los servicios dentales de rutina realizados por un dentista o especialista dental en un hospital para pacientes internados o ambulatorios.
14. Consultas por servicios no cubiertos.

LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

P.O. Box 26110

Santa Ana, CA 92799-6110

Los afiliados que tengan preguntas deberán llamar a: Servicios para afiliados (877) 873-2241

Los proveedores que tengan preguntas deberán llamar a: Servicios para profesionales (800) 268-9012

Sitio web: www.libertydentalplan.com

Esta información es solo un resumen del plan dental. Se debe consultar el contrato y la evidencia de cobertura del plan dental para determinar los términos y las condiciones de cobertura exactos. Se encuentra disponible una copia de muestra del contrato y la evidencia de cobertura cuando lo solicite para leerla detenidamente en la oficina comercial de LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Suscrito por LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

Humana®

1-800-233-4013 | espanol.humana.com