



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Sin deducible anual

Sin monto anual máximo en dólares

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

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency
Servicios de diagnóstico			
D0120	Evaluación oral periódica	\$0.00	
D0140	Evaluación oral limitada	\$0.00	
D0145	Evaluación oral para menores de 3 años	\$0.00	
D0150	Evaluación oral completa	\$0.00	
D0160	Evaluación oral, centrada en un problema	\$0.00	
D0170	Re-evaluación, limitada, centrada en un problema	\$0.00	
D0171	Visita al consultorio para reevaluación posoperatoria	\$0.00	
D0180	Evaluación periodontal completa	\$0.00	
D0210	Serie completa de radiografías, intraoral	\$0.00	1 (D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709) cada 36 meses
D0220	Primera radiografía intraoral, periapical	\$0.00	
D0230	Cada radiografía adicional intraoral, periapical	\$0.00	
D0240	Radiografía intraoral, oclusal	\$0.00	
D0250	Radiografía extraoral de proyección 2D, fuente de radiación fija	\$0.00	
D0251	Radiografía extraoral dental posterior	\$0.00	
D0270	Radiografía sencilla de aleta de mordida	\$0.00	
D0272	2 radiografías de aleta de mordida	\$0.00	
D0273	3 radiografías de aleta de mordida	\$0.00	
D0274	4 radiografías de aleta de mordida	\$0.00	
D0277	Aleta de mordida vertical, de 7 a 8 radiografías	\$0.00	
D0330	Radiografía panorámica	\$0.00	1 (D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709) cada 36 meses
D0372	Tomosíntesis intraoral, serie completa de radiografías	\$0.00	
D0373	Tomosíntesis intraoral, radiografía de aleta de mordida	\$0.00	
D0374	Tomosíntesis intraoral, radiografía periapical	\$0.00	
D0387	Tomosíntesis intraoral, serie completa, radiografías, solo captura de imagen	\$0.00	1 (D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709) cada 36 meses
D0388	Tomosíntesis intraoral, radiografía de aleta de mordida, solo captura de imagen	\$0.00	
D0389	Tomosíntesis intraoral, radiografía periapical, solo captura de imagen	\$0.00	
D0396	Impresión 3D de un escaneo 3D de la superficie dental	\$0.00	
D0414	Proceso de laboratorio de espécimen microbiano, cultivo, sensibilidad, preparación, informe	\$0.00	
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo	\$0.00	
D0425	Prueba de susceptibilidad a caries	\$0.00	
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0.00	
D0470	Moldes de diagnóstico	\$0.00	
D0472	Muestreo, tejido, examen gral., prep. e informe	\$0.00	
D0473	Muestreo, tejido, examen gral. y micro., prep. e informe	\$0.00	
D0474	Muestreo, tejido, examen gral. y micro, e informe	\$0.00	
D0701	Radiografía panorámica: solo captura de imágenes	\$0.00	1 (D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709) cada 36 meses
D0705	Radiografía dental posterior extraoral: solo captura de imágenes	\$0.00	
D0706	Radiografía oclusal intraoral: solo captura de imágenes	\$0.00	
D0707	Radiografía periapical intraoral: solo captura de imágenes	\$0.00	
D0708	Radiografía de mordida intraoral: solo captura de imágenes	\$0.00	
D0709	Serie completa de radiografías intraorales: solo captura de imágenes	\$0.00	1 (D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709) cada 36 meses
Servicios preventivos			
D1110	Profilaxis, adulto	\$0.00	1 (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
	Profilaxis, adulto (Profilaxis adicional)	\$45.00	
D1120	Profilaxis, niño	\$0.00	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses, D1208 adicional cubierto hasta cumplir 18 años (se aplica copago)
	Profilaxis, niño (Profilaxis adicional)	\$35.00	
D1206	Aplicación tópica de capa de flúor	\$0.00	
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluyendo barniz hasta cumplir los 18 años (floruro adicional)	\$10.00	
D1310	Orientación nutricional para control de enf. dental	\$0.00	
D1320	Orientación sobre el tabaco, control/prevencción de enf. oral	\$0.00	
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos de salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	\$0.00	
D1330	Instrucción en higiene oral	\$0.00	
D1351	Sellante, por diente	\$0.00	1 de (D1351, D1352) por diente, cada 36 meses, limitado al primer y segundo molar, para hijos dependientes hasta los 14 años
D1352	Restauración temporal de resina, diente permanente	\$0.00	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency	
Servicios preventivos (continuación)				
D1353	Reparación de sellante, por diente	\$0.00	1 (D1353) por diente, cada 36 meses, limitado al primer y segundo molar, para hijos dependientes hasta los 14 años	
D1510	Espaciador, fijo, unilateral	\$0.00		
D1516	Mantenedor de espacios - fijo - bilateral, superior	\$0.00		
D1517	Mantenedor de espacios - fijo - bilateral, inferior	\$0.00		
D1520	Espaciador, removible, unilateral	\$0.00		
D1526	Espaciador, removible, bilateral, superior	\$0.00		
D1527	Espaciador, removible, bilateral, inferior	\$0.00		
D1551	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, maxilar	\$0.00		
D1552	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio bilateral, mandibular	\$0.00		
D1553	Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante	\$0.00		
D1556	Remoción del mantenedor de espacio unilateral fijo, por cuadrante	\$0.00		
D1557	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, maxilar	\$0.00		
D1558	Remoción del mantenedor de espacio bilateral fijo, mandibular	\$0.00		
D1575	Mantenedor de espacio tipo zapata distal, fijo, unilateral	\$0.00		
Servicios de restauración				
D2140	Amalgama, 1 superficie, primaria o permanente	\$0.00	no pagadero dentro de los 12 meses posteriores al empaste inicial si lo realiza el mismo proveedor o consultorio	
D2150	Amalgama, 2 superficies, primarias o permanentes	\$0.00		
D2160	Amalgama, 3 superficies, primarias o permanentes	\$0.00		
D2161	Amalgama, 4 o más superficies, primarias o permanentes	\$0.00		
D2330	Resina compuesta, 1 superficie, anterior	\$0.00		
D2331	Resina compuesta, 2 superficies, anterior	\$0.00		
D2332	Resina compuesta, 3 superficies, anterior	\$0.00		
D2335	Resina compuesta, 4 o más superficies/ángulo incisal	\$0.00		
D2390	Corona de resina compuesta, anterior	\$0.00		
D2391	Resina compuesta, 1 superficie, posterior	\$30.00		
D2392	Resina compuesta, 2 superficies, posterior	\$34.00		
D2393	Resina compuesta, 3 superficies, posterior	\$40.00		
D2394	Resina compuesta, 4 o más superficies, posterior	\$59.00		
*GUIA para inlays, onlays y coronas sencillas:				
La cantidad máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos de mejora (explicado a continuación) es \$250.00 por diente. Se les requiere a los proveedores explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo de mejora.				
1. Restauraciones de marca: (p. ej. Sunrise, Captex, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) Pueden considerarse procedimientos electivos de mejora si sus códigos de procedimiento CDT relacionados no aparecen como beneficios cubiertos.				
2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina a base de metal o porcelana a base de metal son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.				
3. Beneficios para dientes molares: Las coronas de base de metal son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y coronas de metal con porcelana pueden considerarse procedimientos electivos de mejora. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.				
4. La base de metal es el beneficio: Al miembro se le pueden cobrar costos adicionales de laboratorio por elegir a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio puede ser considerado un procedimiento electivo de mejora.				
D2510	Inlay, metálico, 1 superficie	\$0.00	1 de (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6252, D6545-D6792, D6794) por diente, cada período de 5 años, cubierto para miembros mayores de 16 años	
D2520	Inlay, metálico, 2 superficies	\$0.00		
D2530	Inlay, metálico, 3 o más superficies	\$0.00		
D2542	Onlay, metálico, 2 superficies	\$0.00		
D2543	Onlay, metálico, 3 superficies	\$0.00		
D2544	Onlay, metálico, 4 o más superficies	\$0.00		
D2610	Inlay, porcelana/cerámica, 1 superficie	\$0.00*		
D2620	Inlay, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$0.00*		
D2630	Inlay, porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$0.00*		
D2642	Onlay, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$0.00*		
D2643	Onlay, porcelana/cerámica, 3 superficies	\$0.00*		
D2644	Onlay, porcelana/cerámica, 4 o más superficies	\$0.00*		
D2650	Inlay, resina compuesta, 1 superficie	\$0.00*		
D2651	Inlay, resina compuesta, 2 superficies	\$0.00*		
D2652	Inlay, resina compuesta, 3 o más superficies	\$0.00*		
D2662	Onlay, resina compuesta, 2 superficies	\$0.00*		
D2663	Onlay, resina compuesta, 3 superficies	\$0.00*		
D2664	Onlay, resina compuesta, 4 o más superficies	\$0.00*		
D2710	Corona, resina compuesta (indirecta)	\$0.00*		
D2712	Corona ¾, resina compuesta (indirecta)	\$0.00*		
D2720	Corona, resina con metal de alta nobleza	\$0.00*		
D2721	Corona, resina con metal base predominante	\$0.00*		
D2722	Corona, resina con metal noble	\$0.00*		
D2740	Corona, sustrato de porcelana/cerámica	\$0.00*		
D2750	Corona, porcelana con metal de alta nobleza	\$0.00*		
D2751	Corona, porcelana con metal base predominante	\$0.00*		
D2752	Corona, porcelana con metal noble	\$0.00*		
D2753	Corona, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$0.00*		
D2780	Corona ¾, metal de alta nobleza	\$0.00*		
D2781	Corona ¾, metal base predominante	\$0.00		
D2782	Corona ¾, metal noble	\$0.00*		



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency
D2783	Corona ¾, porcelana/cerámica	\$0.00*	
D2790	Corona completa, metal de alta nobleza	\$0.00*	
D2791	Corona completa, metal base predominante	\$0.00	
D2792	Corona completa, metal noble	\$0.00*	
D2794	Corona, titanio	\$0.00*	
D2799	Corona provisional	\$0.00	
D2910	Recementado o resellado de incrustaciones inlay, onlay, carilla o cobertura parcial	\$0.00	
Servicios de restauración (continuación)			
D2915	Recementado o resellado de perno y corona indirectamente fabricados o prefabricados	\$0.00	
D2920	Recementación o resellado de corona	\$0.00	
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	\$0.00	
D2930	Corona prefabricada en acero inoxidable, dientes primarios	\$0.00	
D2931	Corona prefabricada en acero inoxidable, dientes permanentes	\$0.00	
D2932	Corona prefabricada en resina	\$0.00	
D2933	Corona prefabricada en acero inoxidable, ventana de resina	\$0.00	
D2934	Corona prefabricada en acero inoxidable con frente estético, primarios	\$0.00	
D2940	Restauración protectora (temporal)	\$0.00	
D2950	Perno, incluyendo cualquier espiga, cuando es necesario	\$0.00	
D2951	Retención de espigas, por diente, sumado a la restauración	\$0.00	
D2952	Poste y perno sumado a la corona, fabricado indirectamente	\$0.00	
D2953	Cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente	\$0.00	
D2954	Poste y corona prefabricados sumados a la corona	\$0.00	
D2955	Posterior a la extracción	\$0.00	
D2957	Cada poste prefabricado adicional, mismo diente	\$0.00	
D2960	Carilla vestibular (resina laminada), in-situ	\$200.00	1 de (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6252, D6545-D6792, D6794) por diente, cada período de 5 años, cubierto para miembros mayores de 16 años
D2961	Carilla vestibular (resina laminada), laboratorio	\$325.00	
D2962	Carilla vestibular (porcelana laminada), laboratorio	\$500.00	
D2971	Procedimiento adicional/corona nueva, dentadura parcial existente	\$0.00	
D2976	Estabilización de banda, por diente	\$0.00	Incluido con D2160, D2161, D2393, D2394
D2980	Reparación de corona, fallo de material de restauración	\$0.00	
Servicios endodónticos			
D3110	Recubrimiento, directo (excluyendo la restauración final)	\$0.00	
D3120	Recubrimiento, indirecto (excluyendo la restauración final)	\$0.00	
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)	\$0.00	
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	\$0.00	
D3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), anterior, primario	\$0.00	
D3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible), posterior, primario	\$0.00	
D3310	Anterior (excluyendo la restauración final)	\$0.00	
D3320	Bicúspide (excluyendo la restauración final)	\$0.00	
D3330	Molar (excluyendo la restauración final)	\$0.00	
D3331	Tratamiento de obstrucción; no quirúrgico	\$0.00	
D3332	Terapia incompleta, inoperable, inoperable	\$0.00	
D3333	Reparación interna de fallas de perforación	\$0.00	
D3346	Re-tratamiento de conducto previo, anterior	\$0.00	
D3347	Re-tratamiento de conducto previo, bicúspide	\$0.00	
D3348	Re-tratamiento de conducto previo, molar	\$0.00	
D3351	Apexificación/recalcificación/pulpa – visita inicial	\$0.00	
D3352	Apexificación/recalcificación/pulpa – temporal	\$0.00	
D3353	Apexificación/Recalcificación – visita final	\$0.00	
D3410	Apicoectomía/cirugía perirradicular, anterior	\$0.00	
D3421	Apicoectomía/cirugía perirradicular – bicúspide	\$0.00	
D3425	Apicoectomía/cirugía perirradicular – molar	\$0.00	
D3426	Apicoectomía/cirugía perirradicular – cada raíz adicional	\$0.00	
D3430	Relleno retrógrado – por raíz	\$0.00	
D3450	Amputación de raíz – por raíz	\$0.00	
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento con goma dique	\$0.00	
D3920	Hemisección (incl. remoción de la raíz), no incluye tratamiento de conducto	\$0.00	
D3950	Prep. de canal e implante de eje/poste	\$0.00	
Servicios periodontales			
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia, 4+ dientes por cuadrante	\$0.00	1 of (D4210-D4285) por sitio/cuadrante cada 36 meses
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia, 1-3 dientes por cuadrante	\$0.00	
D4212	Gingivectomía/gingivoplastia, restauración, por diente	\$0.00	
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, 4+ dientes por cuadrante	\$0.00	
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, 1-3 dientes por cuadrante	\$0.00	
D4245	Colgajo posicionado de manera apical	\$0.00	
D4249	Alargamiento quirúrgico de la corona, tejido duro	\$0.00	
D4260	Cirugía ósea, 4+ dientes por cuadrante	\$0.00	
D4261	Cirugía ósea, 1-3 dientes por cuadrante	\$0.00	
D4263	Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, primer sitio, cuadrante	\$0.00	
D4264	Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, cada sitio adicional	\$0.00	
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	\$0.00	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency
D4273	Injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	\$0.00	
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, un solo diente	\$0.00	
D4275	Tejido conectivo no autógeno, primer diente	\$0.00	
D4277	Injerto de tejido blando gratis, primer diente	\$0.00	
D4278	Injerto de tejido blando gratis, cada diente adicional	\$0.00	
D4283	Injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio	\$0.00	
D4285	Injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio	\$0.00	
D4322	Férula, intracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	\$0.00	
D4323	Férula, extracoronal; dientes naturales o coronas protésicas	\$0.00	
Servicios periodontales (continuación)			
"GUIA:			
Se permite un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita/por día."			
D4341	Limpieza periodontal y raspado radicular, 4+ dientes/cuadrante	\$0.00	1 (D4341, D4342) por sitio cuadrante, cada 24 meses
D4342	Limpieza periodontal y raspado radicular, 1-3 dientes/cuadrante	\$0.00	
D4346	Limpieza en presencia de inflamación severa o moderada, boca entera luego de evaluación	\$0.00	1 (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D4355	Desbridamiento de boca completa	\$0.00	1 (D4355) cada 24 meses
D4381	Aplicación localizada de agentes antimicrobiales/por diente	\$0.00	
D4910	Mantenimiento periodontal	\$0.00	
D4920	Cambio de curaciones no agendado /dentista no tratante	\$0.00	
Servicios prostodónticos removibles			
D5110	Prótesis completa, maxilar	\$0.00	1 de (D5110-D5283) por arco, cada período de 5 años, si no se puede hacer que el aparato funcione a través del revestimiento o la reparación
D5120	Prótesis completa, mandibular	\$0.00	
D5130	Prótesis inmediata, maxilar	\$0.00	
D5140	Prótesis inmediata, mandibular	\$0.00	
D5211	Prótesis parcial maxilar, base de resina	\$0.00	
D5212	Prótesis parcial mandibular, base de resina	\$0.00	
D5213	Prótesis parcial maxilar, base de metal/resina	\$0.00	
D5214	Prótesis parcial mandibular, base de metal/resina	\$0.00	
D5221	Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina	\$0.00	
D5222	Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina	\$0.00	
D5223	Dentadura parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina	\$0.00	
D5224	Dentadura parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina	\$0.00	
D5225	Prótesis parcial maxilar, base flexible	\$0.00	
D5226	Prótesis parcial mandibular, base flexible	\$0.00	
D5227	Prótesis parcial maxilar inmediata, base flexible	\$0.00	
D5228	Prótesis parcial mandibular inmediata, base flexible	\$0.00	
D5282	Prótesis parcial removible unilateral - una pieza de metal colado (incluyendo retenedores y dientes), superior	\$0.00	
D5283	Prótesis parcial removible unilateral - una pieza de metal colado (incluyendo retenedores y dientes), inferior	\$0.00	
D5284	Prótesis parcial unilateral removible, base flexible de una pieza (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	\$0.00	1 de (D5284, D5286) por sitio, cada período de 5 años, si no se puede hacer que el aparato funcione a través del revestimiento o la reparación
D5286	Prótesis parcial unilateral removible, resina de una pieza (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	\$0.00	
D5410	Ajuste de prótesis completa, maxilar	\$0.00	
D5411	Ajuste de prótesis completa, mandibular	\$0.00	
D5421	Ajuste de prótesis parcial, maxilar	\$0.00	
D5422	Ajuste de prótesis parcial, mandibular	\$0.00	
D5511	Reparación de la base rota de una dentadura completa, mandibular	\$0.00	
D5512	Reparación de la base rota de una dentadura completa, maxilar	\$0.00	
D5520	Reemplazo de dientes faltantes/rotos, Prótesis completa	\$0.00	
D5611	Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, mandibular	\$0.00	
D5612	Reparación de la base de resina de una dentadura parcial, maxilar	\$0.00	
D5621	Reparación de colada en estructura parcial, mandibular	\$0.00	
D5622	Reparación de colada en estructura parcial, maxilar	\$0.00	
D5630	Reparación o reemplazo de materiales retenedores retentivos rotos, por diente	\$0.00	
D5640	Reemplazo de dientes rotos, por diente	\$0.00	
D5650	Adición de un diente a la Prótesis existente	\$0.00	
D5660	Adición de un retenedor a la Prótesis existente, por diente	\$0.00	
D5670	Reemplazo de dientes y acrílico/base de metal, maxilar	\$0.00	
D5671	Reemplazo de dientes y acrílico/base de metal, mandibular	\$0.00	
D5710	Prótesis maxilar completa	\$0.00	
D5711	Prótesis mandibular completa	\$0.00	
D5720	Prótesis maxilar parcial	\$0.00	
D5721	Prótesis mandibular parcial	\$0.00	
D5725	Rebase Prótesis híbrida	\$0.00	
D5730	Prótesis maxilar completa, in-situ	\$0.00	2 (D5730-D5761) por arco cada 12 meses
D5731	Prótesis mandibular completa, in-situ	\$0.00	
D5740	Prótesis maxilar parcial, in-situ	\$0.00	
D5741	Prótesis mandibular parcial, in-situ	\$0.00	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency
D5750	Prótesis maxilar completa, laboratorio	\$0.00	2 (D5730-D5761) por arco cada 12 meses
D5751	Prótesis mandibular completa, laboratorio	\$0.00	
D5760	Prótesis maxilar parcial, laboratorio	\$0.00	
D5761	Prótesis mandibular parcial, laboratorio	\$0.00	
D5765	Liner suave para prótesis removibles total o parcial, indirecto	\$0.00	1 (D5810-D5821) por arco cada 5 años
D5810	Prótesis interina completa, maxilar	\$0.00	
D5811	Prótesis interina completa, mandibular	\$0.00	
D5820	Prótesis interina parcial, maxilar	\$0.00	
D5821	Prótesis interina parcial, mandibular	\$0.00	
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$0.00	
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$0.00	
Servicios de implantes			

"GUIA:

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

D6010	Implantación quirúrgica, endosteal	\$2,000.00	
D6056	Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación	\$210.00	
D6058	Corona de porcelana/cerámica c/soporte	\$1,110.00	
D6059	Corona de porcelana/metal de alta nobleza c/soporte	\$1,096.00	
D6060	Corona de porcelana/metal base c/soporte	\$1,035.00	
D6061	Corona de porcelana/metal noble c/soporte	\$1,056.00	
D6062	Corona de metal c/soporte, metal de alta nobleza	\$1,003.00	
D6063	Corona c/soporte, metal base	\$861.00	
D6064	Corona de metal c/soporte, metal noble	\$912.00	
D6065	Corona de porcelana/cerámica con implante de soporte	\$1,040.00	
D6066	Corona de porcelana/metal con implante de soporte	\$1,013.00	
D6067	Corona de metal con implante de soporte	\$984.00	
D6068	Retenedor para PFP de porcelana/cerámica	\$1,110.00	
D6069	Retenedor para PFP de metal, de alta nobleza	\$1,096.00	
D6070	Retenedor para PFP de porcelana/metal, metal base	\$1,035.00	
D6071	Retenedor para PFP de porcelana/metal, metal noble	\$1,056.00	
D6072	Retenedor para PFP de metal, de alta nobleza	\$1,028.00	
D6073	Retenedor para PFP de metal, metal base	\$930.00	
D6074	Retenedor para PFP de metal, metal noble	\$1,005.00	
D6075	Retenedor para PFP de cerámica	\$1,092.00	
D6076	Retenedor para PFP de porcelana/metal	\$1,064.00	
D6077	Retenedor para PFP de metal	\$984.00	
D6081	Limpieza y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante	\$0.00	1 (D6081) por implantes cada 12 meses
D6082	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente	\$984.00	
D6083	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones nobles	\$984.00	
D6084	Corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$984.00	
D6085	Implante de corona provisional	\$64.00	
D6086	Implant supported crown, predominantly base alloys	\$984.00	
D6087	Implant supported crown, noble alloys	\$984.00	
D6088	Implant supported crown, titanium and titanium alloys	\$984.00	
D6089	Acceso y reaseguramiento de tornillos de implante sueltos, por tornillo	\$0.00	Incluido con D6096
D6092	Recementado o resellado del implante/estructura con corona de soporte	\$45.00	
D6093	Recementado o resellado del implante/estructura con FPD de soporte	\$65.00	
D6094	Abutment supported crown, titanium, and titanium alloys	\$670.00	
D6096	Extracción de tornillo de retención para implantes roto	\$75.00	
D6097	Abutment supported crown, porcelain fused to titanium and titanium alloys	\$984.00	
D6098	Implant supported retainer, porcelain fused to predominantly base alloys	\$984.00	
D6099	Implant supported retainer for FPD, porcelain fused to noble alloys	\$984.00	
D6105	Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción de hueso ni elevación del colgajo	\$0.00	
D6120	Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de	\$984.00	
D6121	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones predominantemente	\$984.00	
D6122	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones nobles	\$984.00	
D6123	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, titanio y aleaciones de titanio	\$984.00	
D6194	Corona de retención con soporte pilar para PFP de titanio, titanio y aleaciones de titanio	\$670.00	
D6195	Retenedor con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	\$984.00	
D6197	Reemplazo de material de restauración, apertura de acceso cercano de prótesis implantosoportada atornillada, por implante	\$30.00	1 (D6197) cada 6 meses, por implantes



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency
Servicios de prostodónticos fijos			
*GUIA para pñnticos, soportes, coronas, inlays, onlays:			
La cantidad máxima que puede cobrarse al miembro por procedimientos electivos de mejora (explicado a continuación) es \$250.00 por diente. Se les requiere a los proveedores explicar los beneficios cubiertos, así como cualquier diferencia electiva en materiales y cuotas antes de brindar un procedimiento electivo de mejora.			
1. Restauraciones de marca: (p. ej. Sunrise, Captek, Vitadure-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Proccera, Lava, etc.) Pueden considerarse procedimientos electivos de mejora si sus códigos de procedimiento CDT relacionados no aparecen como beneficios cubiertos.			
2. Beneficios para dientes anteriores y bicúspides: Las coronas de resina, porcelana y cualquier resina a base de metal o porcelana a base de metal son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.			
3. Beneficios para dientes molares: Las coronas de base de metal son beneficios cubiertos para dientes molares. Las coronas de resina compuesta y coronas de metal con porcelana pueden considerarse procedimientos electivos de mejora. Agregar un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento electivo de mejora.			
4. La base de metal es el beneficio: Al miembro se le pueden cobrar costos adicionales de laboratorio por elegir a) metal noble, b) metal de alta nobleza, o c) titanio puede ser considerado un procedimiento electivo de mejora.			
D6205	Pñntico de compuesto a base de resina, indirecto	\$0.00*	1 de (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6252, D6545-D6792, D6794) por diente, cada período de 5 años, cubierto para miembros mayores de 16 años
D6210	Pñntico de metal de alta nobleza	\$0.00*	
D6211	Pñntico de metal base predominante	\$0.00	
D6212	Pñntico de metal noble	\$0.00*	
D6214	Pñntico de titanio	\$0.00*	
D6240	Pñntico de porcelana con metal de alta nobleza	\$0.00*	
D6241	Pñntico de porcelana con metal base predominante	\$0.00*	
D6242	Pñntico de porcelana con metal noble	\$0.00*	
D6243	Pñntico, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$0.00*	
D6245	Pñntico de porcelana/cerámica	\$0.00*	
D6250	Pñntico de resina con metal de alta nobleza	\$0.00*	
D6251	Pñntico de resina con metal base predominante	\$0.00*	
D6252	Pñntico de resina con metal noble	\$0.00*	
Servicios de prostodónticos fijos (continuación)			
D6253	Pñntico provisional	\$0.00	
D6545	Retenedor, metal para prótesis fijas retenidas por resina	\$0.00*	1 de (D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6252, D6545-D6792, D6794) por diente, cada período de 5 años, cubierto para miembros mayores de 16 años
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis retenidas por resina	\$0.00*	
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija unida con resina	\$0.00	
D6600	Inlay, porcelana cerámica, 2 superficies	\$0.00*	
D6601	Inlay, porcelana cerámica, 3 o más superficies	\$0.00*	
D6602	Inlay, metal de alta nobleza, 2 superficies	\$0.00*	
D6603	Inlay, metal de alta nobleza, 3 o más superficies	\$0.00*	
D6604	Inlay, metal base, 2 superficies	\$0.00	
D6605	Inlay, metal base, 3 o más superficies	\$0.00	
D6606	Inlay, metal noble, 2 superficies	\$0.00*	
D6607	Inlay, metal noble, 3 o más superficies	\$0.00*	
D6608	Onlay, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$0.00*	
D6609	Onlay, porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$0.00*	
D6610	Onlay, metal de alta nobleza, 2 superficies	\$0.00*	
D6611	Onlay, metal de alta nobleza, 3 o más superficies	\$0.00*	
D6612	Onlay, metal base, 2 superficies	\$0.00	
D6613	Onlay, metal base, 3 o más superficies	\$0.00	
D6614	Onlay, metal noble, 2 superficies	\$0.00*	
D6615	Onlay, metal noble, 3 o más superficies	\$0.00*	
D6624	Inlay, titanio	\$0.00*	
D6634	Onlay, titanio	\$0.00*	
D6710	Corona, compuesto de resina base, indirecta	\$0.00*	
D6720	Corona, resina con metal de alta nobleza	\$0.00*	
D6721	Corona, resina con metal base predominante	\$0.00*	
D6722	Corona, resina con metal noble	\$0.00*	
D6740	Corona, porcelana/cerámica	\$0.00*	
D6750	Corona, porcelana con metal de alta nobleza	\$0.00*	
D6751	Corona, porcelana con metal base predominante	\$0.00*	
D6752	Corona, porcelana con metal noble	\$0.00*	
D6753	Corona de retenedor, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio	\$0.00*	
D6780	Corona ¾, metal de alta nobleza	\$0.00*	
D6781	Corona ¾, metal base predominante	\$0.00	
D6782	Corona ¾, metal noble	\$0.00*	
D6783	Corona ¾, porcelana/cerámica	\$0.00*	
D6784	Corona de retenedor ¾, titanio y aleaciones de titanio	\$0.00*	
D6790	Corona completa, metal de alta nobleza	\$0.00*	
D6791	Corona completa, metal base predominante	\$0.00	
D6792	Corona completa, metal noble	\$0.00*	
D6793	Retenedor provisional de corona	\$0.00	
D6794	Corona, titanio	\$0.00*	
D6930	Recementación o resellado de prótesis dental parcial fija	\$0.00	
D6940	Liberador de tensión	\$0.00	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency
D6980	Reparación de dentadura parcial fija, fallo de material de restauración	\$0.00	
	Servicios orales y maxilofaciales		
D7111	Extracción, residuos coronales, dientes deciduos	\$0.00	
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíz expuesta	\$0.00	
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere remoción de hueso y/o seccionamiento del diente	\$0.00	
D7220	Remoción de un diente impactado, tejido blando	\$0.00	
D7230	Remoción de un diente impactado, parcialmente incluido	\$0.00	
D7240	Remoción de un diente impactado, completamente incl.	\$0.00	
D7241	Remoción de un diente impactado, completamente incl., complicación	\$0.00	
D7250	Remoción de raíces residuales del diente, (procedimiento de corte)	\$0.00	
D7261	Cierre primario de una perforación de los senos	\$0.00	
D7270	Reimplantación/estabilización de un diente, accidente	\$0.00	
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$0.00	
D7282	Movilización de diente erupcionado/mal posicionado	\$0.00	
D7283	Instalación, aparato para facilitar la erupción, impactación	\$0.00	
D7285	Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)	\$0.00	
D7286	Biopsia incisional de tejido oral, blando	\$0.00	
D7287	Recolección exfoliativa de muestra citológica	\$0.00	
D7288	Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial	\$0.00	
D7310	Alveoloplastia con extracciones, 4+ dientes, cuadrante	\$0.00	
D7311	Alveoloplastia con extracciones, 1-3 dientes, cuadrante	\$0.00	
D7320	Alveoloplastia, sin extracciones, 4+ dientes, cuadrante	\$0.00	
D7321	Alveoloplastia, sin extracciones, 1-3 dientes, cuadrante	\$0.00	
D7340	Vestibuloplastia, extensión de superficie (2a epitelización)	\$0.00	
D7350	Vestibuloplastia, extensión de superficie	\$0.00	
D7450	Remoción, quiste/tumor benigno odontogénico de hasta 1.25 cm	\$0.00	
D7451	Remoción, quiste/tumor benigno odontogénico mayor a 1.25 cm	\$0.00	
D7460	Remoción, quiste/tumor benigno no odontogénico de hasta 1.25 cm	\$0.00	
	Servicios orales y maxilofaciales (continuación)		
D7461	Remoción, quiste/tumor benigno no odontogénico mayor a 1.25 cm	\$0.00	
D7471	Remoción de exostosis, maxilar o mandibular	\$0.00	
D7472	Remoción de torus palatinus	\$0.00	
D7473	Remoción de torus mandibular	\$0.00	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$0.00	
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	\$0.00	
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral	\$0.00	
D7511	Incisión y drenaje de absceso, intraoral blando, complicado	\$0.00	
D7520	Incisión y drenaje, absceso, tejido blando extraoral	\$0.00	
D7521	Incisión/drenaje, absceso, extraoral blando, complicado	\$0.00	
D7530	Remoción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido	\$0.00	
D7560	Sinusotomía maxilar, remoción de frag. de diente/cuerpo extraño	\$0.00	
D7922	Colocación de apósitos biológicos intralveolares para ayudar en la hemostasia o estabilización de coágulos, por sitio	\$0.00	
D7961	frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$0.00	
D7962	frenectomía lingual (frenulectomía)	\$0.00	
D7963	Frenuloplastia	\$0.00	
D7970	Excisión de tejido hiperplástico, por arco	\$0.00	
D7971	Excisión de encía pericoronar	\$0.00	
D7993	colocación quirúrgica de implante craneofacial, extraoral	\$2,000.00	
D7994	colocación quirúrgica: implante cigomático	\$2,000.00	
	Servicios auxiliares generales		
D9110	Tratamiento paliativo (emergencia), procedimiento menor	\$0.00	
D9120	Seccionamiento de prótesis fija plural	\$0.00	
D9210	Anestesia local, no en procedim. operatorios/quirúrgicos	\$0.00	
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$0.00	
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	\$0.00	
D9215	Anestesia local con procedimiento operatorio/quirúrgico	\$0.00	
D9219	Evaluación del paciente para sedación moderada o sedación profunda o anestesia general	\$0.00	
**GUIA:			
La sedación profunda/anestesia general es un beneficio cubierto solo cuando se administra en conjunto con cirugía oral y procedimientos de periodoncia, administrados por un odontólogo en una oficina dental, actuando dentro del alcance de su licencia para ejercer, y cuando se justifica mediante condiciones/enfermedades documentadas que la anestesia local está contraindicada. La anestesia general, en su uso para el control del dolor dental, se traduce en la eliminación de todas las sensaciones; acompañado lo anterior, de un estado de inconsciencia. La aprehensión y/o nervios del paciente no son suficiente justificación para una sedación profunda/anestesia general o analgesia/sedación intravenosa consciente.			
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos	\$125.00**	
D9223	Sedación profunda/anestesia general, incremento cada 15 minutos	\$125.00**	
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis	\$35.00	
D9239	Sedación/analgesia moderada consciente intravenosa - primeros 15 minutos	\$125.00**	
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento cada 15 minutos	\$125.00**	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.
LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN LDP-100

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Código CDT	Descripción	el copago del miembro	Frequency
D9248	Sedación (consciente) no intravenosa, incluye sedación mínima y moderada no intravenosa	\$100.00	
D9310	Consulta, aparte del dentista que solicita	\$0.00	
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	\$0.00	
D9430	Visitas de oficina, observación, horas regulares, solo eso	\$0.00	
D9440	Visitas de oficina, después del horario de atención regular	\$0.00	
D9450	Presentación de caso, tratamiento detallado y exhaustivo	\$0.00	
D9630	Drogas o medicamentos otorgados en el consultorio para uso en casa	\$0.00	
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$0.00	
D9911	Aplicación de resina desensibilizante, por diente	\$0.00	
D9912	Examen de detección de pacientes previa consulta	\$0.00	
D9930	Tratamiento de complicaciones, post-cirugía, inusual	\$0.00	
D9942	Reparación y/o realineamiento de la guarda oclusal	\$25.00	
D9944	Protector oclusal, un aparato duro, arco complete	\$100.00	
D9945	Protector oclusal, un aparato suave, arco complete	\$100.00	
D9946	Protector oclusal, un aparato duro, arco parcial	\$100.00	
D9950	Análisis de oclusión, modelos montados en articulador	\$0.00	
D9951	Ajuste de oclusión, limitado	\$0.00	
D9952	Ajuste de oclusión, completo	\$0.00	
D9971	La odontoplastia de 1 o 2 dientes; incluye la eliminación de las proyecciones de esmalte	\$0.00	
D9986	Cita perdida	\$0.00	
D9987	Cita cancelada	\$0.00	
D9991	Gestión de caso dental, abordando las barreras de cumplimiento en las citas	\$0.00	
D9992	Gestión de casos dentales, coordinación del cuidado	\$0.00	
D9993	Gestión de casos dentales, entrevistas de motivación	\$0.00	
D9994	Gestión de casos dentales, educación del paciente para mejorar sus conocimientos con respecto a la salud oral	\$0.00	
D9997	Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica	\$0.00	
	Visita de oficina, por visita	\$0.00	



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN

Beneficios Cubiertos, El Copago del Miembro, Limitaciones Exclusiones

Limitations:

1. Las coronas fabricadas, las incrustaciones superiores (onlays) y las incrustaciones (inlays) tendrán cobertura cuando un diente con un buen pronóstico requiere la restauración pero tiene una estructura restante insuficiente para retener un empaste de manera efectiva. La cobertura de estos procedimientos está limitada a miembros de 16 años de edad y
2. No tienen cobertura los procedimientos que tienen un mal pronóstico, según lo determine un dentista consultor certificado de LIBERTY.
3. El suministro localizado de agentes antimicrobianos puede tener cobertura de 4 a 6 semanas después de finalizar el raspado y alisado radicular como un procedimiento coadyuvante para dos sitios sin respuesta en un cuadrante con bolsas de 5 mm o más profundas, además de inflamación.
4. Para planes de tratamiento que involucren siete (7) o más coronas y/o dentaduras parciales fijas (puentes), los proveedores contratados pueden cobrar un copago adicional de \$200 por unidad. En dichos casos, tienen cobertura las primeras seis (6) unidades, según se describe en la limitación número 6 anterior, solo con el copago especificado del
5. Las dentaduras parciales fijas (puentes) tienen cobertura en estos casos: se reemplaza una dentadura parcial fija existente por otra igual con pónicos idénticos y dientes de refuerzo con un buen pronóstico; los dientes de refuerzo son aptos para coronas según se describe en la limitación número 6 anterior; solo falta un diente permanente en un arco
6. Las derivaciones pediátricas, si las autoriza el Plan Dental de LIBERTY, tienen cobertura solo para hijos dependientes hasta los seis (6) años, a menos que el niño reúna las condiciones de la Ley para Protección de Personas Discapacitadas (ADA).

Exclusiones:

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



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.

LISTADO DE BENEFICIOS DEL PLAN Ortho-175

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

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

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

Código CDT	Descripción	el copago del miembro
D0340	Radiografía cefalométrica 2D, medición y análisis	\$100.00
D0396	Impresión 3D de un escaneo 3D de la superficie dental	\$75.00
D0470	Moldes de diagnóstico	\$75.00
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2D, solo captura de imagen	\$100.00
D9310	Consulta, aparte del dentista que solicita	\$0.00
D8010	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición primaria	\$1,300.00
D8020	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición transitoria	\$1,300.00
D8030	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición adolescente	\$1,300.00
D8040	Tratamiento ortodóncico limitado de la dentición adulta	\$1,300.00
D8070	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición transitoria	\$1,550.00
D8080	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición adolescente	\$1,550.00
D8090	Tratamiento ortodóncico integral de la dentición adulta	\$1,695.00
D8210	Terapia de aparato removible	\$350.00
D8220	Terapia de aparato fijo	\$350.00
D8660	Examen de tratamiento pre-ortodóncico para monitorear el crecimiento y el desarrollo	\$0.00
D8670	Visita periódica para el tratamiento de ortodoncia	\$0.00
D8680	Retención ortodóncica (retiro de aparatos, construcción y colocación de dispositivo(s) de retención)	\$250.00
D9986	Cita perdida	\$20.00
D9987	Cita cancelada	\$0.00

Exclusiones Ortodóncias:

1. Reemplazo de aparatos de ortodoncia perdidos o robados
2. Aparatos perdidos, robados o rotos
3. Tratamiento de ortodoncia iniciado antes de la fecha efectiva de cobertura del miembro, a menos que esté cubierto por medio de una
4. Extracciones con fines de ortodoncia (esta condición no se aplicará si la extracción cumple con las normas profesionales reconocidas de la profesión, o la necesidad de realizarla surge en el contexto de una emergencia dental).
5. Tratamiento en curso en el momento de la elegibilidad, a menos que se incluya como una cláusula adicional de tratamientos de ortodoncia en
6. Ortodoncia quirúrgica para tratar el trastorno de la articulación temporomandibular (ATM)
7. Terapia miofuncional
8. Tratamiento del paladar hendido
9. Tratamiento de micrognacia
10. Tratamiento de macroglosia
11. Los cambios necesarios en el tratamiento de ortodoncia debido a un accidente de cualquier tipo.
12. La cobertura de ortodoncia se limita a 24 meses de tratamiento, seguidos de 24 meses de consultas para servicios de retención.
13. Los servicios prestados después del 24.º mes de tratamiento y/o retención son responsabilidad del paciente por un costo que no puede superar los \$130 mensuales.
14. En el caso de una cancelación, el paciente es responsable de la tarifa habitual del dentista prorrateada a lo largo del tratamiento y/o retención restante.