



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN  
Máximo gasto de bolsillo individual: \$9,200 por año Calendar 2026  
Máximo gasto de bolsillo familiar: \$18,400 por año Calendar 2026

- ✓ Los miembros deben visitar un consultorio dental contratado por LIBERTY Dental Plan para utilizar los beneficios cubiertos. Su consultorio dental determinará un plan de tratamiento o iniciará el proceso de derivación a un especialista con LIBERTY Dental Plan si los servicios cubiertos recomendados son médicamente necesarios y están fuera del ámbito de la odontología general.
- ✓ Este Programa de Beneficios representa los beneficios de HMO dental pediátrico cubiertos como parte del Plan de Salud que ofrece Inland Empire Health Plan. Cualquier copago para servicios dentales cubiertos se acumulará para el máximo gasto de bolsillo del plan de salud por año calendario (que se muestra arriba como referencia). Para verificar su máximo gasto de bolsillo, puede consultar el folleto de Evidencia de Cobertura de su plan de salud, visitar el sitio web de su plan de salud en [www.iehp.org](http://www.iehp.org) o llamar a Servicios para Miembros al 1.855.433.IEHP (4347) (número gratuito).
- ✓ Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el máximo gasto de bolsillo combinado, no se le podrá cobrar por servicios dentales cubiertos que reciba durante el resto del año calendario. Se pagará al consultorio dental contratado por LIBERTY Dental Plan por los servicios cubiertos como si estuviera contratado directamente por LIBERTY. Los cargos por servicios opcionales o no cubiertos no se incluyen en el cálculo del máximo gasto de bolsillo combinado, y usted seguirá siendo económicamente responsable. En un plan con dos o más miembros, no se le puede cobrar al primer miembro de la familia que alcance el máximo gasto de bolsillo individual por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. El máximo gasto de bolsillo familiar se alcanza combinando los gastos elegibles de dos o más miembros de la familia cubiertos.
- ✓ Los copagos del miembro deben pagarse en el consultorio dental en el momento de la prestación de los servicios.
- ✓ Este Programa de beneficios no garantiza los beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad, exclusiones y limitaciones, y se deben determinar como medicamento necesarios en el momento de recibir el servicio. Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia mencionadas, se considerarán para la autorización previa cuando se determine la necesidad médica documentada como lo requiere el beneficio de Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPsDT).
- ✓ Los procedimientos dentales no incluidos en este Programa de beneficios están disponibles a la tarifa habitual del consultorio dental.

| Código CDT | Descripción                                                          | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro<br>Responsabilidad | Limitaciones                                                                                                      |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            | <b>Servicios de diagnóstico</b>                                      |                                                     |                                                  |                                                                                                                   |
| D0120      | Evaluación bucal periódica                                           | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0120) cada 6 meses por proveedor                                                                              |
| D0140      | Evaluación bucal limitada                                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0140) por paciente por proveedor                                                                              |
| D0145      | Evaluación bucal para menores de 3 años                              | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0150      | Evaluación bucal completa                                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial                                                   |
| D0160      | Evaluación bucal, centrada en un problema                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0160) por paciente por proveedor                                                                              |
| D0170      | Re-evaluación, limitada, centrada en un problema                     | sin costo                                           | sin costo                                        | hasta 6 de (D0170, D0171) en un periodo de 3 meses, no más de 12 en 12 meses                                      |
| D0171      | Re-evaluación, consulta postoperatoria                               | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0180      | Evaluación periodontal completa                                      | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0190      | Revisión de un paciente                                              | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    | solo se facturará como D0150                                                                                      |
| D0191      | Evaluación de un paciente                                            | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                   |
| D0210      | Serie completa de radiografías, intraorales                          | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0220      | Primera radiografía intraoral, periapical                            | sin costo                                           | sin costo                                        | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses por proveedor                                                           |
| D0230      | Cada radiografía adicional intraoral, periapical                     | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0240      | Radiografía intraoral, oclusal                                       | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor                                                                    |
| D0250      | Radiografía extraoral 2D, fuente de radiación fija                   | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0250) por fecha de servicio                                                                                   |
| D0251      | Radiografía dental extraoral posterior                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio                                                                         |
| D0270      | Radiografía simple de aleta de mordida                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio                                                                         |
| D0272      | Aletas de mordida, dos radiografías                                  | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0272) cada 6 meses por proveedor                                                                              |
| D0273      | Aletas de mordida, tres radiografías                                 | sin costo                                           | sin costo                                        | reducir el valor al código D0270 y D0272                                                                          |
| D0274      | Aletas de mordida, cuatro radiografías                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, a partir de los 10 años                                                     |
| D0277      | Aletas de mordida verticales, 7 a 8 radiografías                     | sin costo                                           | sin costo                                        | reducir el valor al código D0274                                                                                  |
| D0310      | Sialografía                                                          | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0320      | Artrografía ATM, inyección incluida                                  | sin costo                                           | sin costo                                        | 3 (D0320) por fecha de servicio                                                                                   |
| D0322      | Estudio tomográfico                                                  | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 (D0322) cada 12 meses por proveedor                                                                             |
| D0330      | Radiografía panorámica                                               | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0340      | Radiografía cefalométrica 2D, medición y análisis                    | sin costo                                           | sin costo                                        | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor                                                                   |
| D0350      | Imágenes fotográficas orales/faciales en 2D, intraorales/extraorales | sin costo                                           | sin costo                                        | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio                                                                         |
| D0396      | Impresión 3D de un escaneo 3D de la superficie dental                | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0419      | Evaluación del flujo salival por medición                            | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                   |
| D0431      | Prueba auxiliar pre-diagnóstico                                      | sin cobertura                                       | sin cobertura                                    |                                                                                                                   |
| D0460      | Pruebas de vitalidad pulpar                                          | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0470      | Diagnóstico de moldes                                                | sin costo                                           | sin costo                                        | 1 (D0470) por proveedor, solo un beneficio con los servicios de ortodoncia cubiertos para los dientes permanentes |
| D0502      | Otros procedimientos de patología oral, según informe                | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0601      | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo bajo         | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |
| D0602      | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo moderado     | sin costo                                           | sin costo                                        |                                                                                                                   |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT | Descripción                                                                                                                                             | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                                                                                                                       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                                                                                         | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                                                                                                                    |
|               | <b>Servicios de diagnóstico (continuación)</b>                                                                                                          |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                    |
| D0603         | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo alto                                                                                            | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D0701         | Radiografía panorámica, solo captura de imágenes                                                                                                        | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor                                                                                                                                                    |
| D0702         | Radiografía cefalométrica 2-D, solo captura de imágenes                                                                                                 | sin costo                        | sin costo                     | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                    |
| D0703         | Imagen fotográfica oral/facial 2-D obtenida por vía intraoral o extraoral, solo captura de imágenes                                                     | sin costo                        | sin costo                     | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio                                                                                                                                                          |
| D0705         | Radiografía dental posterior extraoral, solo captura de imágenes                                                                                        | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio                                                                                                                                                          |
| D0706         | Radiografía oclusal intraoral, solo captura de imágenes                                                                                                 | sin costo                        | sin costo                     | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor                                                                                                                                                     |
| D0707         | Radiografía periapical intraoral, solo captura de imágenes                                                                                              | sin costo                        | sin costo                     | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                            |
| D0708         | Radiografía de mordida intraoral, solo captura de imágenes                                                                                              | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio                                                                                                                                                          |
| D0709         | Serie completa de radiografías, intraorales, solo captura de imágenes                                                                                   | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor                                                                                                                                                    |
| D0801         | Escaneo 3D de la superficie dental, directo                                                                                                             | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D0802         | Escaneo 3D de la superficie dental, indirecto                                                                                                           | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D0803         | Escaneo 3D de la superficie facial, directo                                                                                                             | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D0804         | Escaneo 3D de la superficie facial, indirecto                                                                                                           | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D0999         | Procedimiento de diagnóstico no especificado, según informe                                                                                             | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
|               | <b>Servicios preventivos</b>                                                                                                                            |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                    |
| D1110         | Profilaxis, adulto                                                                                                                                      | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses                                                                                                                                                            |
| D1120         | Profilaxis, infante                                                                                                                                     | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1206         | Aplicación tópica de capa de flúor                                                                                                                      | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1206, D1208) cada 6 meses                                                                                                                                                                   |
| D1208         | Aplicación tópica de flúor, excluyendo el barniz                                                                                                        | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1310         | Orientación nutricional para control de enfermedad dental                                                                                               | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1320         | Orientación sobre el tabaco, control/prevencción de enfermedad bucal                                                                                    | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1321         | Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos de salud bucal y del comportamiento asociados con el uso de sustancias de alto riesgo | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1330         | Instrucciones de higiene bucal                                                                                                                          | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1351         | Sellante, por diente                                                                                                                                    | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1351, D1352) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar                                                                                                                                             |
| D1352         | Restauración temporal de resina, diente permanente                                                                                                      | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1353         | Sellante, por diente                                                                                                                                    | sin costo                        | sin costo                     | 1 (D1353) cada 36 meses 1.°, 2.° y 3.° molar                                                                                                                                                       |
| D1354         | Aplicación de medicamento para detener las caries, por diente                                                                                           | sin costo                        | sin costo                     | 1 (D1354) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer                                                                                                       |
| D1355         | Aplicación de medicamentos preventivos contra la caries, por diente                                                                                     | sin costo                        | sin costo                     | 1 (D1355) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer                                                                                                       |
| D1510         | Espaciador, fijo, unilateral, por cuadrante                                                                                                             | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente, para menores de 18 años                                                                                                                            |
| D1516         | Espaciador, fijo, bilateral, maxilar                                                                                                                    | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1517         | Espaciador, fijo, bilateral, mandibular                                                                                                                 | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1520         | Espaciador, removible, unilateral, por cuadrante                                                                                                        | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por pacientes, para menores de 18 años                                                                                                                           |
| D1526         | Espaciador, removible, bilateral, maxilar                                                                                                               | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1527         | Espaciador, removible, bilateral, mandibular                                                                                                            | sin costo                        | sin costo                     | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años                                                                                                                                                        |
| D1551         | Recementación o reunión del espaciador bilateral, maxilar                                                                                               | sin costo                        | sin costo                     | 1 (D1551) cada 12 meses, para menores de 18 años                                                                                                                                                   |
| D1552         | Recementación o reunión del espaciador bilateral, mandibular                                                                                            | sin costo                        | sin costo                     | 1 (D1552) cada 12 meses, para menores de 18 años                                                                                                                                                   |
| D1553         | Recementación o reunión del espaciador unilateral, por cuadrante                                                                                        | sin costo                        | sin costo                     | 1 (D1553) por cuadrante cada 12 meses, para menores de 18 años                                                                                                                                     |
| D1556         | Retiro del espaciador fijo unilateral, por cuadrante                                                                                                    | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1557         | Retiro del espaciador fijo bilateral, maxilar                                                                                                           | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1558         | Retiro del espaciador fijo bilateral, mandibular                                                                                                        | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D1575         | Espaciador tipo zapata distal, fijo, por cuadrante                                                                                                      | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
|               | <b>Servicios de restauración</b>                                                                                                                        |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                    |
| D2140         | Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes                                                                                               | \$25                             | sin costo                     | dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 36 meses |
| D2150         | Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes                                                                                              | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2160         | Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes                                                                                             | \$40                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2161         | Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes                                                                                     | \$45                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2330         | Resina compuesta, una superficie, anteriores                                                                                                            | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2331         | Resina compuesta, dos superficies, anteriores                                                                                                           | \$45                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2332         | Resina compuesta, tres superficies, anteriores                                                                                                          | \$55                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2335         | Resina compuesta, cuatro o más superficies                                                                                                              | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2390         | Corona de resina compuesta, anterior                                                                                                                    | \$50                             | sin costo                     | dientes primarios - 1 (D2390) por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes - 1 (D2390) por diente cada 36 meses                                                                                 |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT | Descripción                                                                                      | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                                                                                                                       |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                                  | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                                                                                                                    |
|               | <b>Servicios de restauración (continuación)</b>                                                  |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                    |
| D2391         | Resina compuesta, una superficie, posterior                                                      | \$30                             | sin costo                     | dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes – 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394)<br>por superficie por diente cada 36 meses |
| D2392         | Resina compuesta, dos superficies, posteriores                                                   | \$40                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2393         | Resina compuesta, tres superficies, posteriores                                                  | \$50                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2394         | Resina compuesta, cuatro o más superficies, posteriores                                          | \$70                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2542         | Onlay, metálico, dos superficies                                                                 | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2543         | Onlay, metálico, tres superficies                                                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2544         | Onlay, metálico, cuatro o más superficies                                                        | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2642         | Onlay, porcelana/cerámica, dos superficies                                                       | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2643         | Onlay, porcelana/cerámica, tres superficies                                                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2644         | Onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies                                              | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2662         | Onlay, resina compuesta, dos superficies                                                         | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2663         | Onlay, resina compuesta, tres superficies                                                        | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2664         | Onlay, resina compuesta, cuatro o más superficies                                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2710         | Corona, resina compuesta (indirecta)                                                             | \$140                            | sin costo                     | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años,<br>a partir de los 13 años                                                                                                    |
| D2712         | Corona ¾, resina compuesta (indirecta)                                                           | \$190                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2720         | Corona, resina con metal de alta nobleza                                                         | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2721         | Corona, resina con metal base predominante                                                       | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2722         | Corona, resina con metal noble                                                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2740         | Corona, porcelana/cerámica                                                                       | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2750         | Corona, porcelana con metal de alta nobleza                                                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2751         | Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente común                                    | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2752         | Corona, porcelana con metal noble                                                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2753         | Corona, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2780         | Corona ¾, metal de alta nobleza                                                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2781         | Corona, ¾ metal base predominante fundido                                                        | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2782         | Corona ¾, metal noble                                                                            | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2783         | Corona ¾, porcelana/cerámica                                                                     | \$310                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2790         | Corona completa, metal de alta nobleza                                                           | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2791         | Corona completa, metal base predominante fundido                                                 | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2792         | Corona completa, metal noble                                                                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2794         | Corona, titanio y aleaciones de titanio                                                          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                    |
| D2910         | Recementación o reunión de incrustaciones inlay, onlay, carilla o cobertura parcial              | \$25                             | sin costo                     | 1 (D2910) por diente cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                                                  |
| D2915         | Recementación o reunión de poste y espiga fabricados/prefabricados indirectamente                | \$25                             | sin costo                     | después de 12 meses de la colocación inicial con el mismo proveedor                                                                                                                                |
| D2920         | Recementación o reunión de corona                                                                | \$25                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2921         | Reconexión de fragmento dental, borde incisal o cúspide                                          | \$45                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2928         | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente                                     | \$120                            | sin costo                     | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses                                                                                                                                                       |
| D2929         | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, dientes primarios                                     | \$95                             | sin costo                     | 1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses                                                                                                                                                       |
| D2930         | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario                                         | \$65                             | sin costo                     | 1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses                                                                                                                                                       |
| D2931         | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente                                       | \$75                             | sin costo                     | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses                                                                                                                                                       |
| D2932         | Corona prefabricada de resina                                                                    | \$75                             | sin costo                     | dientes primarios - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes – 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses                                                             |
| D2933         | Corona prefabricada en acero inoxidable con ventana de resina                                    | \$80                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2940         | Restauración protectora                                                                          | \$25                             | sin costo                     | 1 (D2940) por diente cada 6 meses, por proveedor                                                                                                                                                   |
| D2949         | Cimiento restaurativo para una restauración indirecta                                            | \$45                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2950         | Perno, incluye espiga cuando se necesite                                                         | \$20                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2951         | Retención de espigas, por diente, sumado a la restauración                                       | \$25                             | sin costo                     | 1 (D2951) por diente                                                                                                                                                                               |
| D2952         | Perno y muñón sumados a la corona, fabricados indirectamente                                     | \$100                            | sin costo                     | 1 (D2952) por diente                                                                                                                                                                               |
| D2953         | Cada poste fabricado indirectamente adicional, mismo diente                                      | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2954         | Perno y muñón prefabricados sumados a la corona                                                  | \$90                             | sin costo                     | 1 (D2954) por diente                                                                                                                                                                               |
| D2955         | Posterior a la extracción                                                                        | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2957         | Cada poste prefabricado adicional, mismo diente                                                  | \$35                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2971         | Procedimiento adicional para personalizar una corona nueva, marco de dentadura parcial existente | \$35                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                    |
| D2976         | Estabilización de banda, por diente                                                              | \$40                             | \$40                          |                                                                                                                                                                                                    |
| D2980         | Reparación de corona necesaria por fallo de material de restauración                             | \$50                             | sin costo                     | después de 12 meses de la colocación inicial de la corona con el mismo proveedor                                                                                                                   |
| D2989         | Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad                    | \$50                             | \$50                          |                                                                                                                                                                                                    |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT | Descripción                                                                            | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                 |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                        | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                              |
|               | <b>Servicios de restauración (continuación)</b>                                        |                                  |                               |                                                                                              |
| D2991         | Aplicación de medicamento de regeneración de hidroxiapatita, por diente                | sin costo                        | sin costo                     |                                                                                              |
| D2999         | Procedimiento restaurador no especificado, según informe                               | \$40                             | sin costo                     |                                                                                              |
|               | <b>Servicios de endodoncia</b>                                                         |                                  |                               |                                                                                              |
| D3110         | Recubrimiento, directo (excluyendo la restauración final)                              | \$20                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3120         | Recubrimiento, indirecto (excluyendo la restauración final)                            | \$25                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3220         | Pulpotomía terapéutica (excluyendo la restauración final)                              | \$40                             | sin costo                     | 1 (D3220) por diente primario                                                                |
| D3221         | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes                                 | \$40                             | sin costo                     | 1 (D3221) por diente                                                                         |
| D3222         | Pulpotomía parcial, apexogénesis, diente permanente, raíz incompleta                   | \$60                             | sin costo                     | 1 (D3222) por diente                                                                         |
| D3230         | Terapia pulpar, diente anterior, primario (no incluye la restauración final)           | \$55                             | sin costo                     | 1 de (D3230, D3240) por diente                                                               |
| D3240         | Terapia pulpar, diente posterior, primario (no incluye la restauración final)          | \$55                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3310         | Terapia endodóntica, diente anterior (no incluye la restauración final)                | \$195                            | sin costo                     | 1 de (D3310, D3320, D3330) por diente                                                        |
| D3320         | Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye la restauración final)                | \$235                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3330         | Terapia endodóntica, molar (no incluye la restauración final)                          | \$300                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3331         | Tratamiento de obstrucción de conducto, acceso no quirúrgico                           | \$50                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3332         | Terapia endodóntica incompleta, inoperable, no restaurable, diente fracturado          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3333         | Reparación interna de fallas de perforación                                            | \$80                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3346         | Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, anterior                            | \$240                            | sin costo                     | 1 de (D3346-D3348) luego de 12 meses del tratamiento inicial                                 |
| D3347         | Retratamiento de la terapia de conducto anterior, premolar                             | \$295                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3348         | Retratamiento de tratamiento de conducto anterior, molar                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3351         | Recalcificación/apexificación, consulta inicial                                        | \$85                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3352         | Recalcificación/apexificación, reemplazo del medicamento provisional                   | \$45                             | sin costo                     | 1 (D3352) por diente                                                                         |
| D3353         | Recalcificación/apexificación, consulta final                                          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3410         | Apicectomía, anterior                                                                  | \$240                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3421         | Apicectomía, premolar (primera raíz)                                                   | \$250                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3425         | Apicoectomía, molar (primera raíz)                                                     | \$275                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3426         | Apicoectomía (cada raíz adicional)                                                     | \$110                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3428         | Injerto óseo en conjunto con cirugía periradicular, por diente, un solo sitio          | \$350                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3429         | Injerto óseo en conjunto con cirugía periradicular, cada diente adicional, mismo sitio | \$350                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3430         | Relleno retrógrado, por raíz                                                           | \$90                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3431         | Materiales biológicos, regeneración de tejidos óseos suaves con cirugía periradicular  | \$80                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3432         | Regeneración tisular guiada, por sitio, con cirugía periradicular                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3450         | Amputación de raíz, por raíz                                                           | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3471         | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, anterior                            | \$160                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3472         | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, premolar                            | \$160                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3473         | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, molar                               | \$160                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D3910         | Procedimiento quirúrgico para aislar al diente con dique de goma                       | \$30                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D3920         | Hemisección, no incluye terapia de conducto                                            | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3950         | Preparación del conducto y ajuste de la clavija o poste preformado                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D3999         | Procedimiento de endodoncia no especificado, según informe                             | \$100                            | sin costo                     |                                                                                              |
|               | <b>Servicios periodontales</b>                                                         |                                  |                               |                                                                                              |
| D4210         | Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante                     | \$150                            | sin costo                     | 1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años |
| D4211         | Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante                    | \$50                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D4240         | Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante                  | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4241         | Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante                 | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4249         | Alargamiento quirúrgico de la corona, tejido duro                                      | \$165                            | sin costo                     | 1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años |
| D4260         | Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante                                       | \$265                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D4261         | Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante                                      | \$140                            | sin costo                     |                                                                                              |
| D4263         | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, primer sitio, cuadrante       | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4264         | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, cada sitio adicional          | not covered                      | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4265         | Materiales biológicos para ayudar a regenerar tejido suave y óseo, por sitio           | \$80                             | sin costo                     |                                                                                              |
| D4266         | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4267         | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera no reabsorbible, por sitio   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4270         | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4273         | Injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente                                    | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |
| D4275         | Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente                                 | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                              |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT                                                                                             | Descripción                                                                                           | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                           |                                                                                                       | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                           | <b>Servicios periodontales (continuación)</b>                                                         |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| D4283                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D4285                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio                             | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D4286                                                                                                     | Extracción de la barrera no reabsorbible                                                              | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| <b>PAUTA:</b>                                                                                             |                                                                                                       |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| Se permiten un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita/por día. |                                                                                                       |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| D4341                                                                                                     | Limpieza periodontal y raspado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante                          | \$55                             | sin costo                     | 1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses, a partir de los 13 años                                                                                                                               |
| D4342                                                                                                     | Limpieza periodontal y raspado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante                         | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D4346                                                                                                     | Limpieza en presencia de inflamación moderada o severa, boca completa luego de evaluación             | \$40                             | sin costo                     | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses                                                                                                                                                                      |
| D4355                                                                                                     | Full mouth debridement to enable comprehensive periodontal evaluation and diagnosis, subsequent visit | \$40                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D4381                                                                                                     | Aplicación localizada de agentes antimicrobianos/por diente                                           | \$10                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D4910                                                                                                     | Mantenimiento periodontal                                                                             | \$30                             | sin costo                     | 1 (D4910) cada 3 meses                                                                                                                                                                                       |
| D4920                                                                                                     | Cambio de vendaje no programado (que no sea el dentista o el personal tratante)                       | \$15                             | sin costo                     | 1 (D4920) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años                                                                                                                                                |
| D4999                                                                                                     | Procedimiento periodontal sin especificar, según informe                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                           | <b>Servicios prostodónticos removibles</b>                                                            |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                              |
| D5110                                                                                                     | Prótesis dental completa, maxilar                                                                     | \$300                            | sin costo                     | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años. Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa. |
| D5120                                                                                                     | Prótesis dental completa, mandibular                                                                  | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5130                                                                                                     | Prótesis inmediata, maxilar                                                                           | \$300                            | sin costo                     | 1 (D5130) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.                     |
| D5140                                                                                                     | Prótesis inmediata, mandibular                                                                        | \$300                            | sin costo                     | 1 (D5140) por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.                     |
| D5211                                                                                                     | Prótesis dental parcial maxilar, con base de resina                                                   | \$300                            | sin costo                     | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años. Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa. |
| D5212                                                                                                     | Prótesis dental parcial mandibular, base de resina                                                    | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5213                                                                                                     | Prótesis parcial maxilar, base de metal, base de resina                                               | \$335                            | sin costo                     | 1 de (D5221-D5224) por arco por paciente. No es un beneficio como una dentadura temporal Las dentaduras completas posteriores no son un beneficio dentro del período de 5 años de una dentadura inmediata.   |
| D5214                                                                                                     | Prótesis dental parcial mandibular de metal, con base de resina                                       | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5221                                                                                                     | Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina                                                   | \$275                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5222                                                                                                     | Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina                                                | \$275                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5223                                                                                                     | Dentadura parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura            | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5224                                                                                                     | Dentadura parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura         | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5225                                                                                                     | Prótesis parcial maxilar, base flexible                                                               | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5226                                                                                                     | Prótesis parcial mandibular, base flexible                                                            | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5227                                                                                                     | Prótesis parcial maxilar inmediata, base flexible                                                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5228                                                                                                     | Prótesis parcial mandibular inmediata, base flexible                                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5282                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, maxilar                           | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5283                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, mandibular                        | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5284                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removible, base flexible de una pieza, por cuadrante                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5286                                                                                                     | Dentadura parcial unilateral removible, resina de una pieza, por cuadrante                            | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5410                                                                                                     | Ajuste de prótesis dental completa, maxilar                                                           | \$20                             | sin costo                     | 2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses,<br>1 por arco por proveedor por fecha de servicio                                                                                                                 |
| D5411                                                                                                     | Ajuste de prótesis dental completa, mandibular                                                        | \$20                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5421                                                                                                     | Ajuste de prótesis dental parcial, maxilar                                                            | \$20                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5422                                                                                                     | Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular                                                       | \$20                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                              |
| D5511                                                                                                     | Reparación de base rota de prótesis dental completa, mandibular                                       | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5511) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5512                                                                                                     | Reparación de base rota de prótesis dental completa, maxilar                                          | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5512) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5520                                                                                                     | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis dental completa                                      | \$40                             | sin costo                     | hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12                                                                                                             |
| D5611                                                                                                     | Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, mandibular                                | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5611) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5612                                                                                                     | Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, maxilar                                   | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5612) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5621                                                                                                     | Reparación del marco parcial del molde, mandibular                                                    | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5621) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5622                                                                                                     | Reparación del marco parcial del molde, maxilar                                                       | \$40                             | sin costo                     | 1 (D5622) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                               |
| D5630                                                                                                     | Reparación o reemplazo de los materiales de retenedores rotos, por diente                             | \$50                             | sin costo                     | 3 (D5630) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                             |
| D5640                                                                                                     | Reemplazo de dientes rotos, por diente                                                                | \$35                             | sin costo                     | 4 (D5640) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                             |
| D5650                                                                                                     | Adición de un diente a la prótesis dental parcial existente                                           | \$35                             | sin costo                     | 3 (D5650) por arco por proveedor por fecha de servicio, 1 por diente                                                                                                                                         |
| D5660                                                                                                     | Adición de un retenedor a la prótesis dental parcial existente, por diente                            | \$60                             | sin costo                     | 3 (D5660) por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                       |
| D5670                                                                                                     | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, maxilar                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |
| D5671                                                                                                     | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal, mandibular                             | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                              |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT | Descripción                                                                    | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               |                                                                                | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5710         | Reajuste de prótesis dental maxilar completa                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
|               | <b>Servicios de prostodoncia removible (continuación)</b>                      |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5711         | Reajuste de prótesis dental mandibular completa                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5720         | Reajuste de prótesis dental maxilar parcial                                    | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5721         | Reajuste de prótesis dental mandibular parcial                                 | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5730         | Recubrimiento de dentadura maxilar completa, directa                           | \$60                             | sin costo                     | 1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones. |
| D5731         | Recubrimiento de dentadura mandibular completa, directa                        | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5740         | Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, directa                            | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5741         | Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, directa                         | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5750         | Recubrimiento de dentadura maxilar completa, indirecta                         | \$90                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5751         | Recubrimiento de dentadura mandibular completa, indirecta                      | \$90                             | sin costo                     | 1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones. |
| D5760         | Recubrimiento de dentadura maxilar parcial, indirecta                          | \$80                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5761         | Recubrimiento de dentadura mandibular parcial, indirecta                       | \$80                             | sin costo                     | 2 (D5850) cada 36 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5850         | Acondicionamiento de tejido, maxilar                                           | \$30                             | sin costo                     | 2 (D5851) cada 36 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5851         | Acondicionamiento de tejido, mandibular                                        | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5862         | Aditamentos de precisión, según informe                                        | \$90                             | sin costo                     | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por período de 5 años. Un beneficio una vez por período de 5 años de una dentadura completa, inmediata o sobredentadura anterior - dentadura completa.             |
| D5863         | Sobredentadura, completa, maxilar                                              | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5864         | Sobredentadura, parcial, maxilar                                               | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5865         | Sobredentadura, completa, mandibular                                           | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5866         | Sobredentadura, parcial, mandibular                                            | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5876         | Agregar una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica (por arco) | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5899         | Procedimiento de prostodoncia removible sin especificar, según informe         | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
|               | <b>Servicios maxilofaciales protésicos</b>                                     |                                  |                               |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5911         | Creación de molde facial (seccional)                                           | \$285                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5912         | Creación de molde facial (completo)                                            | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5913         | Prótesis nasal                                                                 | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5914         | Prótesis auricular                                                             | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5915         | Prótesis orbital                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5916         | Prótesis ocular                                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5919         | Prótesis facial                                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5922         | Prótesis nasal septal                                                          | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5923         | Prótesis ocular, temporal                                                      | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5924         | Prótesis craneal                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5925         | Prótesis de implante de aumento facial                                         | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5926         | Prótesis nasal, reemplazo                                                      | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5927         | Prótesis auricular, sustitución                                                | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5928         | Prótesis orbital, reemplazo                                                    | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5929         | Prótesis facial, reemplazo                                                     | \$200                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5931         | Prótesis de obturador, quirúrgica                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5932         | Prótesis de obturador, definitiva                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5933         | Prótesis de obturador, modificación                                            | \$150                            | sin costo                     | 2 (D5933) cada 12 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5934         | Prótesis de resección mandibular con brida guía                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5935         | Prótesis de resección mandibular sin brida guía                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5936         | Prótesis de obturador, temporal                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5937         | Aparato trismo (no para tratamiento de DTM)                                    | \$85                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5951         | Alimentador                                                                    | \$135                            | sin costo                     | menores de 18 años                                                                                                                                                                                                       |
| D5952         | Prótesis para el habla, pediátrica                                             | \$350                            | sin costo                     | menores de 18 años                                                                                                                                                                                                       |
| D5953         | Prótesis para el habla, adulto                                                 | \$350                            | sin costo                     | a partir de los 18 años                                                                                                                                                                                                  |
| D5954         | Prótesis de aumento de paladar                                                 | \$135                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5955         | Prótesis de elevación de paladar, definitiva                                   | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5958         | Prótesis de elevación de paladar, temporal                                     | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5959         | Prótesis de elevación de paladar, modificación                                 | \$145                            | sin costo                     | 2 (D5959) cada 12 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5960         | Prótesis para el habla, modificación                                           | \$145                            | sin costo                     | 2 (D5960) cada 12 meses                                                                                                                                                                                                  |
| D5982         | Stent quirúrgico                                                               | \$70                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |
| D5983         | Portador de radiación                                                          | \$55                             | sin costo                     |                                                                                                                                                                                                                          |





LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT                                      | Descripción                                                                                           | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                           |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    |                                                                                                       | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                        |
| D5984                                              | Protector de radiación                                                                                | \$85                             | sin costo                     | Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales |
| D5985                                              | Cono localizador de radiación                                                                         | \$135                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| Servicios maxilofaciales protésicos (continuación) |                                                                                                       |                                  |                               |                                                                                                        |
| D5986                                              | Portador de gel de flúor                                                                              | \$35                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5987                                              | Férula de comisura                                                                                    | \$85                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5988                                              | Férula quirúrgica                                                                                     | \$95                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5991                                              | Portador de medicamentos para enfermedades de la piel                                                 | \$70                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D5999                                              | Prótesis maxilofacial sin especificar, según informe                                                  | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| Servicios de implantes                             |                                                                                                       |                                  |                               |                                                                                                        |
| D6010                                              | Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, endosteal                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6011                                              | Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (cirugía de implante de segunda etapa)                      | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6012                                              | Implantación quirúrgica de implante provisional, prótesis transitoria: implante endoóseo              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6013                                              | Colocación quirúrgica de mini implante                                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6040                                              | Implante quirúrgico: implante endosteal                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6050                                              | Implante quirúrgico: implante transóseo                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6055                                              | Barra conectora, soporte de implante o de pilar                                                       | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6056                                              | Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación                                               | \$135                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6057                                              | Pilar fabricado a la medida, incluye colocación                                                       | \$180                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6058                                              | Corona de porcelana/cerámica c/soporte                                                                | \$320                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6059                                              | Corona de porcelana fundida con metal de alta nobleza, con soporte                                    | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6060                                              | Corona de porcelana fundida sobre metal base, con soporte                                             | \$295                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6061                                              | Corona de porcelana fundida sobre metal noble, con soporte                                            | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6062                                              | Corona de metal c/soporte, metal de alta nobleza                                                      | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6063                                              | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal base                                              | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6064                                              | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal noble                                             | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6065                                              | Corona de porcelana/cerámica con implante de soporte                                                  | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6066                                              | Corona con soporte de implante, porcelana con aleaciones altamente nobles                             | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6067                                              | Corona con soporte de implante, aleaciones altamente nobles                                           | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6068                                              | Retenedor para PFP de porcelana/cerámica                                                              | \$320                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6069                                              | Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal, alta nobleza                                            | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6070                                              | Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal base                                       | \$290                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6071                                              | Retenedor para PFP de porcelana fundida sobre metal, metal noble                                      | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6072                                              | Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal fundido, alta nobleza                                    | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6073                                              | Retenedor para PFP de metal, metal base                                                               | \$290                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6074                                              | Retenedor para PFP de metal, metal noble                                                              | \$320                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6075                                              | Retenedor con soporte de implante para PFP de cerámica                                                | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6076                                              | Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles       | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6077                                              | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones altamente nobles                      | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6080                                              | Procedimientos de mantenimiento de implantes, prótesis retiradas/reinsertadas, incluye limpieza       | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6081                                              | Limpieza y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante                 | \$30                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6082                                              | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base             | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6083                                              | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones nobles                             | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6084                                              | Corona con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio               | \$335                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6085                                              | Implante de corona provisional                                                                        | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6086                                              | Corona con soporte de implante, con aleaciones predominantemente base                                 | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6087                                              | Corona con soporte de implante, aleaciones nobles                                                     | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6088                                              | Corona con soporte de implante, titanio y aleaciones de titanio                                       | \$340                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6089                                              | Acceso y reaseguramiento de tornillos de implante sueltos, por tornillo                               | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6090                                              | Reparación de prótesis con soporte de implante, según informe                                         | \$65                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6091                                              | Pieza de repuesto de semiprecisión, precisión, prótesis con soporte de implante/pilar, por aditamento | \$40                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6092                                              | Recementación o reunión del implante/estructura con corona de soporte                                 | \$25                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6093                                              | Recementación o reunión del implante/estructura con PFP de soporte                                    | \$35                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6094                                              | Corona con soporte pilar, titanio y aleaciones de titanio                                             | \$295                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6095                                              | Reparación de soporte de implante, según informe                                                      | \$65                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6096                                              | Extracción del tornillo de retención del implante roto                                                | \$60                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6097                                              | Corona con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                  | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT                                | Descripción                                                                                                               | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                           |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                              |                                                                                                                           | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                        |
| D6098                                        | Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base                              | \$330                            | sin costo                     | Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales |
| D6099                                        | Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fusionada con aleaciones nobles                                     | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6100                                        | Extracción quirúrgica del cuerpo del implante                                                                             | \$110                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| <b>Servicios de implantes (continuación)</b> |                                                                                                                           |                                  |                               |                                                                                                        |
| D6105                                        | Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción de hueso ni elevación del colgajo                           | \$110                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6110                                        | Dentadura removible con implante/soporte, maxilar                                                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6111                                        | Dentadura removible con implante/soporte, mandibular                                                                      | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6112                                        | Dentadura removible con implante/soporte, parcial, maxilar                                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6113                                        | Dentadura removible con implante/soporte, parcial, mandibular                                                             | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6114                                        | Dentadura fija con implante/soporte, maxilar                                                                              | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6115                                        | Dentadura fija con implante/soporte, mandibular                                                                           | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6116                                        | Dentadura fija con implante/soporte, parcial, maxilar                                                                     | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6117                                        | Dentadura fija con implante/soporte, parcial, mandibular                                                                  | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6118                                        | Dentadura fija provisional con implante/soporte, mandibular                                                               | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6119                                        | Dentadura fija provisional con implante/soporte, maxilar                                                                  | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6120                                        | Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                | \$330                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6121                                        | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones predominantemente base                                    | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6122                                        | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones nobles                                                    | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6123                                        | Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, titanio y aleaciones de titanio                                      | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6190                                        | Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe                                                                 | \$75                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6191                                        | Pilar de semiprecisión, colocación                                                                                        | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6192                                        | Aditamento de semiprecisión, colocación                                                                                   | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6194                                        | Corona de retención con soporte pilar para PFP de titanio, titanio y aleaciones de titanio                                | \$265                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6195                                        | Retenedor con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                   | \$315                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6197                                        | Reemplazo de material de restauración, apertura de acceso cercano de prótesis implantosoportada atornillada, por implante | \$95                             | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6198                                        | Retire el componente del implante provisional                                                                             | \$110                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6199                                        | Procedimiento de implante no especificado, según informe                                                                  | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| <b>Servicios de prostodónticos fijos</b>     |                                                                                                                           |                                  |                               | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años           |
| D6205                                        | Póntico de compuesto a base de resina, indirecto                                                                          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6210                                        | Póntico de metal de alta nobleza                                                                                          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6211                                        | Póntico con metal base predominante fundido                                                                               | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6212                                        | Póntico de metal noble                                                                                                    | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6214                                        | Póntico, titanio y aleaciones de titanio                                                                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6240                                        | Póntico de porcelana fundido con metal de alta nobleza                                                                    | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6241                                        | Póntico de porcelana con metal base predominante                                                                          | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6242                                        | Póntico de porcelana con metal noble                                                                                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6243                                        | Póntico, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                                          | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6245                                        | Póntico de porcelana/cerámica                                                                                             | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6250                                        | Póntico de resina con metal de alta nobleza                                                                               | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6251                                        | Póntico de resina con metal base predominante                                                                             | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                        |
| D6252                                        | Póntico de resina con metal noble                                                                                         | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6545                                        | Retenedor, metal para prótesis fijas retenidas por resina                                                                 | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6548                                        | Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija unida con resina                                                             | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6549                                        | Retenedor de resina, para prótesis fijas retenidas por resina                                                             | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6608                                        | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, dos superficies                                                                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6609                                        | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, tres o más superficies                                                               | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6610                                        | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, dos superficies                                                           | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6611                                        | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, tres o más superficies                                                    | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6612                                        | Retenedor onlay, metal base fundido, dos superficies                                                                      | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6613                                        | Retenedor onlay, metal base fundido, tres o más superficies                                                               | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6614                                        | Retenedor onlay, metal noble fundido, dos superficies                                                                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6615                                        | Retenedor onlay, metal noble fundido, tres o más superficies                                                              | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6634                                        | Retenedor onlay, titanio                                                                                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6710                                        | Corona de retención, compuesto de resina base indirecta                                                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |
| D6720                                        | Corona de retención, resina con metal de alta nobleza                                                                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                        |





LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT                                                                                                                | Descripción                                                                                  | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                              |                                                                                              | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                                                                                                             |
| D6721                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal base predominante                                      | \$300                            | sin costo                     | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años                                                |
| D6722                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal noble                                                  | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                             |
| D6740                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana/cerámica                                                      | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| <b>Servicios de prostodoncia fija (continuación)</b>                                                                         |                                                                                              |                                  |                               |                                                                                                                                             |
| D6750                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana con metal de alta nobleza                                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años                                                |
| D6751                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fundida con metal base predominante                           | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D6752                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fusionada con metal noble                                     | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                             |
| D6753                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                 | sin cobertura                    | sin cobertura                 | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años                                                |
| D6781                                                                                                                        | Corona de retención, ¾ metal base predominante                                               | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D6782                                                                                                                        | Corona de retención, ¾ metal noble fundido                                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                             |
| D6783                                                                                                                        | Corona de retención ¾, porcelana/cerámica                                                    | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D6784                                                                                                                        | Corona de retención ¾, titanio y aleaciones de titanio                                       | \$300                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D6791                                                                                                                        | Corona de retención, metal base predominante completo                                        | \$300                            | sin costo                     | 1 of (D2710-D2791, D6211-D6791) per tooth every 5 year period age 13 and over                                                               |
| D6794                                                                                                                        | Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio                                         | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                             |
| D6930                                                                                                                        | Recementación o reunión de prótesis dental parcial fija                                      | \$40                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D6980                                                                                                                        | Reparación de prótesis dental parcial fija, falla de material de restauración                | \$95                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D6999                                                                                                                        | Procedimiento de prostodoncia fijo sin especificar, según informe                            | \$350                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| <b>Servicios orales y maxilofaciales</b>                                                                                     |                                                                                              |                                  |                               |                                                                                                                                             |
| <b>PAUTA:</b>                                                                                                                |                                                                                              |                                  |                               |                                                                                                                                             |
| La extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas es un beneficio cubierto solamente cuando hay prueba de una patología |                                                                                              |                                  |                               |                                                                                                                                             |
| D7111                                                                                                                        | Extracción, residuos coronales, dientes primarios                                            | \$40                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7140                                                                                                                        | Extracción, dientes erupcionados o raíz expuesta                                             | \$65                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7210                                                                                                                        | Extracción, diente erupcionado que requiere remoción del hueso y/o seccionamiento del diente | \$120                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7220                                                                                                                        | Extracción de un diente impactado, tejido blando                                             | \$95                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7230                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, con retención intraósea parcial                             | \$145                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7240                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, con retención intraósea completa                            | \$160                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7241                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, con retención total en el hueso, complicación               | \$175                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7250                                                                                                                        | Extracción de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)                          | \$80                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7252                                                                                                                        | Extracción parcial para la colocación inmediata de un implante.                              | \$80                             | no charge                     |                                                                                                                                             |
| D7259                                                                                                                        | Diseción del nervio                                                                          | \$280                            | no charge                     | 1 (D7259) por diente en una vida; limitado a los dientes #17 y #32. Incluido con D7241. Debe ser realizado por un Cirujano Oral autorizado. |
| D7260                                                                                                                        | Cierre de fístula oroantral                                                                  | \$280                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7261                                                                                                                        | Cierre primario de una perforación de los senos                                              | \$285                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7270                                                                                                                        | Reimplantación y/o estabilización de dientes, accidente                                      | \$185                            | sin costo                     | 1 (D7270) por arco                                                                                                                          |
| D7280                                                                                                                        | Exposición de un diente no erupcionado                                                       | \$220                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7283                                                                                                                        | Instalación, aparato para facilitar la erupción, impactación                                 | \$85                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7284                                                                                                                        | Biopsia excisional de glándulas salivales menores                                            | \$115                            | \$115                         |                                                                                                                                             |
| D7285                                                                                                                        | Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)                                      | \$180                            | sin costo                     | 1 (D7285) por arco, por fecha de servicio                                                                                                   |
| D7286                                                                                                                        | Biopsia incisional de tejido oral, blando                                                    | \$110                            | sin costo                     | hasta 3 (D7286) por fecha de servicio                                                                                                       |
| D7287                                                                                                                        | Recolección exfoliativa de muestra citológica                                                | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                             |
| D7288                                                                                                                        | Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial                                   | sin cobertura                    | sin cobertura                 |                                                                                                                                             |
| D7290                                                                                                                        | Reposicionamiento quirúrgico de un diente                                                    | \$185                            | sin costo                     | 1 (D7290) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo                                                                          |
| D7291                                                                                                                        | Fibrotomía supra crestal/transeptal, según informe                                           | \$80                             | sin costo                     | 1 (D7291) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo                                                                          |
| D7310                                                                                                                        | Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                          | \$85                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7311                                                                                                                        | Alveoloplastia con extracciones, uno a tres dientes por cuadrante                            | \$50                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7320                                                                                                                        | Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                          | \$120                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7321                                                                                                                        | Alveoloplastia sin extracciones, uno a tres dientes por cuadrante                            | \$65                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7340                                                                                                                        | Vestibuloplastia, extensión de superficie (2.º epitelización)                                | \$350                            | sin costo                     | 1 (D7340) por arco cada 5 años                                                                                                              |
| D7350                                                                                                                        | Vestibuloplastia, extensión de superficie                                                    | \$350                            | sin costo                     | 1 (D7350) por arco                                                                                                                          |
| D7410                                                                                                                        | Excisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm                                                  | \$75                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7411                                                                                                                        | Excisión de lesión benigna mayor a 1.25 cm                                                   | \$115                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7412                                                                                                                        | Excisión de lesión benigna, complicada                                                       | \$175                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7413                                                                                                                        | Excisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm                                                  | \$95                             | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7414                                                                                                                        | Excisión de lesión maligna mayor a 1.25 cm                                                   | \$120                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7415                                                                                                                        | Excisión de lesión maligna, complicada                                                       | \$255                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7440                                                                                                                        | Excisión de tumor maligno de hasta 1.25 cm                                                   | \$105                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |
| D7441                                                                                                                        | Excisión de tumor maligno mayor a 1.25 cm                                                    | \$185                            | sin costo                     |                                                                                                                                             |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT | Descripción                                                                        | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro | Limitaciones                                     |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|
|               |                                                                                    | Responsabilidad                  | Responsabilidad               |                                                  |
| D7450         | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                     | \$180                            | sin costo                     |                                                  |
| D7451         | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm                      | \$330                            | sin costo                     |                                                  |
| D7460         | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                  | \$155                            | sin costo                     |                                                  |
| D7461         | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno mayor de 1.25 cm                  | \$250                            | sin costo                     |                                                  |
| D7465         | Destrucción de lesión(es) con métodos físicos/químicos, según informe              | \$40                             | sin costo                     |                                                  |
| D7471         | Remoción de exostosis, maxilar o mandibular                                        | \$140                            | sin costo                     | 1 (D7471) por cuadrante                          |
|               | <b>Servicios orales y maxilofaciales (continuación)</b>                            |                                  |                               |                                                  |
| D7472         | Extracción del rodete palatino ( <i>torus palatinus</i> )                          | \$145                            | sin costo                     | 1 (D7472) de por vida                            |
| D7473         | Extracción del rodete mandibular ( <i>torus mandibularis</i> )                     | \$140                            | sin costo                     | 1 (D7473) por cuadrante                          |
| D7485         | Reducción de tuberosidad ósea                                                      | \$105                            | sin costo                     | 1 (D7485) por cuadrante                          |
| D7490         | Resección radical maxilar o mandibular                                             | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7509         | Marsupialización de quiste odontogénico                                            | \$180                            | sin costo                     |                                                  |
| D7510         | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral                             | \$70                             | sin costo                     | 1 (D7510) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7511         | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado                 | \$70                             | sin costo                     | 1 (D7511) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7520         | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral                             | \$70                             | sin costo                     |                                                  |
| D7521         | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado                 | \$80                             | sin costo                     |                                                  |
| D7530         | Remoción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido                                   | \$45                             | sin costo                     |                                                  |
| D7540         | Remoción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético   | \$75                             | sin costo                     |                                                  |
| D7550         | Ostectomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso no vital              | \$125                            | sin costo                     |                                                  |
| D7560         | Sinusetomía maxilar para la remoción del fragmento de diente o un cuerpo extraño   | \$235                            | sin costo                     |                                                  |
| D7610         | Maxilar, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)                         | \$140                            | sin costo                     |                                                  |
| D7620         | Maxilar, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)                         | \$250                            | sin costo                     |                                                  |
| D7630         | Mandíbula, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7640         | Mandíbula, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7650         | Arco malar o cigomático, reducción abierta                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7660         | Arco malar o cigomático, reducción cerrada                                         | \$350                            | sin costo                     | 1 (D7530) por fecha de servicio                  |
| D7670         | Alvéolo, reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes                | \$170                            | sin costo                     |                                                  |
| D7671         | Alvéolo, reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes                | \$230                            | sin costo                     |                                                  |
| D7680         | Huesos faciales, reducción complicada con fijación, múltiples enfoques quirúrgicos | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7710         | Maxilar, reducción abierta                                                         | \$110                            | sin costo                     |                                                  |
| D7720         | Maxilar, reducción cerrada                                                         | \$180                            | sin costo                     |                                                  |
| D7730         | Mandíbula, reducción abierta                                                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7740         | Mandíbula, reducción cerrada                                                       | \$290                            | sin costo                     |                                                  |
| D7750         | Arco malar o cigomático, reducción abierta                                         | \$220                            | sin costo                     |                                                  |
| D7760         | Arco malar o cigomático, reducción cerrada                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7770         | Alvéolo, reducción abierta con estabilización de dientes                           | \$135                            | sin costo                     |                                                  |
| D7771         | Alvéolo, reducción cerrada con estabilización de dientes                           | \$160                            | sin costo                     |                                                  |
| D7780         | Huesos faciales, reducción complicada con fijación y múltiples enfoques            | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7810         | Reducción abierta de dislocación                                                   | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7820         | Reducción cerrada de dislocación                                                   | \$80                             | sin costo                     |                                                  |
| D7830         | Manipulación bajo anestesia                                                        | \$85                             | sin costo                     |                                                  |
| D7840         | Condilectomía                                                                      | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7850         | Dissectomía quirúrgica, con/sin implante                                           | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7852         | Reparación de disco                                                                | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7854         | Sinovectomía                                                                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7856         | Miotomía                                                                           | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7858         | Reconstrucción de articulación                                                     | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7860         | Artrotomía                                                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7865         | Artroplastia                                                                       | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7870         | Artrocentesis                                                                      | \$90                             | sin costo                     |                                                  |
| D7871         | Lisis y lavado no artroscópicos                                                    | \$150                            | sin costo                     |                                                  |
| D7872         | Artroscopia, diagnóstico, con o sin biopsia                                        | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7873         | Artroscopia: lavado y lisis de adherencias                                         | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7874         | Artroscopia: reposicionamiento de disco y estabilización                           | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7875         | Artroscopia: sinovectomía                                                          | \$350                            | sin costo                     |                                                  |
| D7876         | Artroscopia: disectomía                                                            | \$350                            | sin costo                     |                                                  |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código<br>CDT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Descripción                                                                                                           | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro                                                           | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro                                                                | Limitaciones                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                       | Responsabilidad                                                                            | Responsabilidad                                                                              |                                                                        |
| D7877                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Artroscopia: desbridamiento                                                                                           | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7880                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dispositivo ortopédico oclusal, según informe                                                                         | \$120                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7881                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal                                                                              | \$30                                                                                       | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7899                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Terapia DTM especificada, según informe                                                                               | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7910                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm                                                                    | \$35                                                                                       | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7911                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sutura complicada, hasta 5 cm                                                                                         | \$55                                                                                       | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7912                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sutura complicada, más de 5 cm                                                                                        | \$130                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| <b>Servicios orales y maxilofaciales (continuación)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                       |                                                                                            |                                                                                              |                                                                        |
| D7920                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)                                           | \$120                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7922                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Colocación de un apósito biológico intraalveolar para ayudar en la hemostasia o el coágulo, estabilización, por sitio | \$80                                                                                       | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7939                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Indexación para osteotomía utilizando navegación dinámica o navegación asistida por robot                             | \$350                                                                                      | sin cobertura                                                                                |                                                                        |
| D7940                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Osteoplastia, para deformidades ortognáticas                                                                          | \$160                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7941                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Osteotomía, ramas mandibulares                                                                                        | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7943                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Osteotomía, ramas mandibulares con injerto óseo; incluye la obtención del injerto                                     | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7944                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Osteotomía, segmentado o subapical                                                                                    | \$275                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7945                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Osteotomía, cuerpo de la mandíbula                                                                                    | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7946                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LeFort I (maxilar, total)                                                                                             | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7947                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LeFort I (maxilar, segmentada)                                                                                        | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7948                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LeFort II o LeFort III sin injerto óseo                                                                               | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7949                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | LeFort II o LeFort III con injerto óseo                                                                               | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7950                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Injerto óseo, osteoperiosteal, de cartílago, mandibular o maxilar, según informe                                      | \$190                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7951                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Aumento sinusal con huesos o sustitutos de hueso a través de un enfoque abierto lateral                               | \$290                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7952                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Aumento sinusal a través de un enfoque vertical                                                                       | \$175                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7955                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Reparación de defecto de tejido maxilofacial suave o duro                                                             | \$200                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7956                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera reabsorbible, por sitio                                         | sin cobertura                                                                              | sin cobertura                                                                                |                                                                        |
| D7957                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera no reabsorbible, por sitio                                      | sin cobertura                                                                              | sin cobertura                                                                                |                                                                        |
| D7961                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)                                                                              | \$120                                                                                      | sin costo                                                                                    | 1 (D7961) por arco, por fecha de servicio                              |
| D7962                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Frenectomía lingual (frenulectomía)                                                                                   | \$120                                                                                      | sin costo                                                                                    | 1 (D7962) por arco, por fecha de servicio                              |
| D7963                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Frenuloplastia                                                                                                        | \$120                                                                                      | sin costo                                                                                    | 1 (D7963) por arco, por fecha de servicio                              |
| D7970                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Excisión del tejido hiperplástico, por arco                                                                           | \$175                                                                                      | sin costo                                                                                    | 1 (D7970) por arco, por fecha de servicio                              |
| D7971                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Excisión de encía pericoronar                                                                                         | \$80                                                                                       | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7972                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa                                                                           | \$100                                                                                      | sin costo                                                                                    | 1 (D7972) por arco, por fecha de servicio                              |
| D7979                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sialolitotomía no quirúrgica                                                                                          | \$155                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7980                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sialolitotomía quirúrgica                                                                                             | \$155                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7981                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Excisión de glándula salival, según informe                                                                           | \$120                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7982                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sialodocoplastia                                                                                                      | \$215                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7983                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Cierre de fístula salival                                                                                             | \$140                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7990                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Traqueotomía de emergencia                                                                                            | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7991                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Coronoidectomía                                                                                                       | \$345                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7995                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Injerto sintético, huesos de mandíbula o faciales, según informe                                                      | \$150                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| D7997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Remoción de aparato (no por el dentista que lo colocó), incluye la remoción de la barra del arco                      | \$60                                                                                       | sin costo                                                                                    | 1 (D7997) por arco, por fecha de servicio                              |
| D7999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, según informe                                                         | \$350                                                                                      | sin costo                                                                                    |                                                                        |
| <b>Servicios ortodónticos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                       |                                                                                            |                                                                                              |                                                                        |
| Para el plan dental pediátrico, el tratamiento de ortodoncia es un beneficio de este plan dental SOLAMENTE cuando las necesidades de ortodoncia del paciente cumplen con los requisitos médicos según se determina por una calificación verificada de 26 o más (u otra condición que califique) en el análisis Índice de Maloclusiones Labio-Linguales (HLD). Todo tratamiento debe ser previamente autorizado por el Plan antes de la colocación de bandas. |                                                                                                                       |                                                                                            |                                                                                              |                                                                        |
| D8080                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente                                                        | \$1,000 por curso de tratamiento, independientemente del año del plan, siempre y cuando el | sin costo por curso de tratamiento, independientemente del año del plan, siempre y cuando el | a partir de los 13 años                                                |
| D8091                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática                                                            |                                                                                            |                                                                                              |                                                                        |
| D8210                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Terapia de aparato removable                                                                                          |                                                                                            |                                                                                              | 1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años                                 |
| D8220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Terapia de aparato fijo                                                                                               |                                                                                            |                                                                                              | 1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años                                 |
| D8660                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Examen de tratamiento pre-ortodóncico para monitorear el crecimiento y el desarrollo                                  |                                                                                            |                                                                                              | 1 (D8660) cada 3 meses por un máximo de 6                              |
| D8670                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia                                                                       |                                                                                            |                                                                                              | 1 (D8670) por trimestre calendario                                     |
| D8671                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia asociada con cirugía ortognática                                      |                                                                                            |                                                                                              |                                                                        |
| D8680                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Retención ortodóncica (retiro de aparatos, construcción y colocación de dispositivo(s) de retención)                  |                                                                                            |                                                                                              | 1 (D8680) por arco por cada fase autorizada de tratamiento ortodóntico |
| D8681                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ajuste de retenedor removible de ortodoncia                                                                           |                                                                                            |                                                                                              |                                                                        |
| D8696                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar                                                                          |                                                                                            |                                                                                              | 1 de (D8696, D8697) por arco, por aparato                              |



LIBERTY Dental Plan of California, Inc.  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN

| Código CDT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Descripción                                                                                           | No AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro        | AI/AN<br>Proveedor<br>Miembro           | Limitaciones                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                       | Responsabilidad                         | Responsabilidad                         |                                                                                                        |
| D8697                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular                                                       | miembro se mantenga inscrito en el plan | miembro se mantenga inscrito en el plan | 1 de (D8697, D8698) por arco, por aparato                                                              |
| D8698                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Recementación o reunión del retenedor fijo, maxilar                                                   |                                         |                                         | 1 de (D8698, D8699) por arco, por proveedor                                                            |
| D8699                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Recementación o reunión del retenedor fijo, mandibular                                                |                                         |                                         |                                                                                                        |
| D8701                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, maxilar                                        |                                         |                                         |                                                                                                        |
| D8702                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, mandibular                                     |                                         |                                         |                                                                                                        |
| D8703                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Reemplazo del retenedor perdido o roto, maxilar                                                       |                                         |                                         | 1 de (D8703, D8704) por arco                                                                           |
| D8704                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Reemplazo del retenedor perdido o roto, mandibular                                                    |                                         |                                         |                                                                                                        |
| D8999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Procedimiento de ortodoncia no especificado, según informe                                            |                                         |                                         |                                                                                                        |
| Servicios auxiliares generales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                       |                                         |                                         |                                                                                                        |
| D9110                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta                                                  | \$30                                    | sin costo                               | 1 (D9110) por fecha de servicio                                                                        |
| D9120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Seccionamiento de dentadura parcial fija                                                              | \$95                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9210                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos                           | \$10                                    | sin costo                               | 1 (D9210) por fecha de servicio                                                                        |
| D9211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Anestesia por bloqueo regional                                                                        | \$20                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| PAUTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                       |                                         |                                         |                                                                                                        |
| La sedación profunda y la sedación consciente IV son beneficios cubiertos cuando se documenta que la anestesia local no es posible, en casos como una discapacidad mental o física grave, procedimientos quirúrgicos extensos, un niño que no coopera, una infección aguda en el sitio de la inyección o la falla de un anestésico local para controlar el dolor. Los servicios cubiertos cuando se suministran en un consultorio dental por un profesional que actúa dentro del campo de acción de su acreditación. La aprensión y/o el nerviosismo del paciente no son en sí mismos una justificación suficiente. |                                                                                                       |                                         |                                         |                                                                                                        |
| D9212                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Anestesia por bloqueo de división del trigémino                                                       | \$60                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9215                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos                              | \$15                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9219                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general                              | \$45                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9222                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sedación profunda/anestesia general, incremento los primeros 15 minutos                               | \$45                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9223                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sedación profunda/anestesia general, incremento subsiguiente cada 15 minutos                          | \$45                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9230                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiolisis                                                     | \$15                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9239                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento los primeros 15 minutos              | \$60                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9243                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente), incremento subsiguiente cada 15 minutos         | \$60                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9248                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Sedación (consciente) no intravenosa, incluye sedación mínima y moderada no intravenosa               | \$65                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Consulta, aparte de solicitar un dentista                                                             | \$50                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9311                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Consulta con un profesional de atención médica                                                        | sin costo                               | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9410                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Llamado telefónico al hogar/centro de cuidado extendido                                               | \$50                                    | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9420                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Llamada a un hospital o centro quirúrgico ambulatorio                                                 | \$135                                   | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9430                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Visitas al consultorio, observación, horas regulares, no incluye otros servicios                      | \$20                                    | sin costo                               | 1 (D9430) por fecha de servicio, por proveedor                                                         |
| D9440                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Visitas al consultorio, después del horario de atención regular                                       | \$45                                    | sin costo                               | 1 (D9440) por fecha de servicio, por proveedor                                                         |
| D9450                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Presentación de caso, planificación posterior, detallada y exhaustiva del tratamiento                 | sin cobertura                           | sin cobertura                           |                                                                                                        |
| D9610                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Droga parenteral terapéutica, una sola dosis                                                          | \$30                                    | sin costo                               | 4 (D9610) por fecha de servicio                                                                        |
| D9612                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos.          | \$40                                    | sin costo                               | 4 (D9612) por fecha de servicio                                                                        |
| D9910                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Aplicación de medicamento desensibilizante                                                            | \$20                                    | sin costo                               | 1 (D9910) por diente cada 12 meses, solo para dientes permanentes                                      |
| D9930                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Tratamiento de complicaciones, poscirugía, inusual, según informe                                     | \$35                                    | sin costo                               | 1 (D9930) por fecha de servicio, por proveedor                                                         |
| D9942                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Reparación y/o realineamiento de la guarda oclusal                                                    | sin cobertura                           | sin cobertura                           |                                                                                                        |
| D9943                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ajuste de guarda oclusal                                                                              | sin cobertura                           | sin cobertura                           |                                                                                                        |
| D9944                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Protector oclusal, aparato duro, arco completo                                                        | sin cobertura                           | sin cobertura                           |                                                                                                        |
| D9945                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Protector oclusal, aparato suave, arco completo                                                       | sin cobertura                           | sin cobertura                           |                                                                                                        |
| D9946                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Protector oclusal, aparato duro, arco parcial                                                         | sin cobertura                           | sin cobertura                           |                                                                                                        |
| D9950                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Análisis de oclusión, modelos montados en articulador                                                 | \$120                                   | sin costo                               | 1 (D9950) cada 12 meses, a partir de los 13 años                                                       |
| D9951                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ajuste de oclusión, limitado                                                                          | \$45                                    | sin costo                               | 1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses, por proveedor, a partir de los 13 años                          |
| D9952                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ajuste de oclusión, completo                                                                          | \$210                                   | sin costo                               | 1 (D9952) cada 12 meses, a partir de los 13 años                                                       |
| D9995                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real                                                 | sin costo                               | sin costo                               | En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer Teledentistry, sería ofrecido sin costo alguno. |
| D9996                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Teleodontología, asincrónica; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión | sin costo                               | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Gestión de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica                    | sin costo                               | sin costo                               |                                                                                                        |
| D9999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Procedimiento complementario no especificado, según informe                                           | sin costo                               | sin costo                               |                                                                                                        |

Beneficios pediátricos - Niños de 0 a 19 años de edad

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