



**LIBERTY Dental Plan of California, Inc.**  
Dental pediátrica integrada - IEHP Gold 80 HMO AI-AN  
Límite máximo de gasto de bolsillo individual: \$9,600 por año calendario 2027 Límite  
máximo de gasto de bolsillo familiar: \$19,200 por año calendario 2027

- ✓ 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 referencia a un especialista con LIBERTY Dental Plan si los servicios cubiertos recomendados son médicamente necesarios y están fuera del ámbito de competencia de un dentista 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 (IEHP). Cualquier copago para servicios dentales cubiertos se acumulará para el límite máximo de gastos de bolsillo del año del plan 2027 del plan de salud (que se muestra arriba como referencia). Para verificar su límite máximo de gastos 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 1-855-433-4347 (número gratuito).
- ✓ Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el límite máximo de gastos de bolsillo combinado, no se le podrá cobrar por los servicios dentales cubiertos que reciba durante el resto del año 2027. 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 límite máximo de gasto de bolsillo combinado, y usted seguirá siendo financieramente responsable. En un plan con dos o más miembros, no se le puede cobrar al primer miembro de la familia que alcance el límite máximo de gasto de bolsillo individual por los servicios cubiertos durante el resto del año 2027. El límite máximo de gasto de bolsillo familiar se alcanza combinando los gastos elegibles de dos o más miembros de la familia cubiertos.
- ✓ Los copagos de los miembros deben pagarse en el consultorio dental en el momento en que se prestan 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 medicamente 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 (*Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT*). La administración de estos diseños de planes debe cumplir con los requisitos del plan de referencia de beneficios esenciales de salud (*Essential Health Benefits, EHB*) para servicios dentales pediátricos, incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica, según se define en el beneficio de detección temprana y periódica, diagnóstico y tratamiento (EPSDT).
- ✓ Los procedimientos dentales no incluidos en este Programa de beneficios están disponibles a la tarifa habitual del consultorio dental.

| Código CDT                      | Descripción                                                                                                                                             | Responsabilidad del paciente | Limitaciones                                                                                                      |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de diagnóstico</b> |                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                   |
| D0120                           | Evaluación bucal periódica                                                                                                                              | sin costo                    | 1 (D0120) cada 6 meses por proveedor                                                                              |
| D0140                           | Evaluación bucal limitada                                                                                                                               | sin costo                    | 1 (D0140) por paciente por proveedor                                                                              |
| D0145                           | Evaluación bucal para menores de 3 años                                                                                                                 | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0150                           | Evaluación bucal completa                                                                                                                               | sin costo                    | 1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial                                                   |
| D0160                           | Evaluación bucal, centrada en el problema                                                                                                               | sin costo                    | 1 (D0160) por paciente por proveedor                                                                              |
| D0170                           | Reevaluación, limitada, centrada en el problema                                                                                                         | sin costo                    | hasta 6 de (D0170, D0171) en un período de 3 meses, no más de 12 en 12 meses                                      |
| D0171                           | Reevaluación, vista postoperatoria al consultorio                                                                                                       | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0180                           | Evaluación periodontal completa                                                                                                                         | sin costo                    | solo se facturará como D0150                                                                                      |
| D0190                           | Revisión de un paciente                                                                                                                                 | sin cobertura                |                                                                                                                   |
| D0191                           | Evaluación de un paciente                                                                                                                               | sin cobertura                |                                                                                                                   |
| D0210                           | Serie completa de radiografías, intraorales                                                                                                             | sin costo                    | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0220                           | Primera radiografía intraoral, periapical                                                                                                               | sin costo                    | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses por proveedor                                                           |
| D0230                           | Cada radiografía adicional intraoral, periapical                                                                                                        | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0240                           | Radiografía intraoral, oclusal                                                                                                                          | sin costo                    | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor                                                                    |
| D0250                           | Radiografía extraoral en 2D, fuente de radiación fija                                                                                                   | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0251                           | Radiografía dental extraoral posterior                                                                                                                  | sin costo                    | 1 (D0250) por fecha de servicio                                                                                   |
| D0270                           | Radiografía de aleta de mordida, una sola radiografía                                                                                                   | sin costo                    | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio                                                                         |
| D0272                           | Radiografías de aleta de mordida, dos radiografías                                                                                                      | sin costo                    | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio                                                                         |
| D0273                           | Radiografías de aleta de mordida, tres radiografías                                                                                                     | sin costo                    | 1 (D0272) cada 6 meses por proveedor                                                                              |
| D0274                           | Radiografías de aleta de mordida, cuatro radiografías                                                                                                   | sin costo                    | 1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, a partir de los 10 años                                                     |
| D0277                           | Radiografías de aleta de mordida verticales, de siente a ocho radiografías                                                                              | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0310                           | Sialografía                                                                                                                                             | sin costo                    | reducir el valor al código D0274                                                                                  |
| D0320                           | Artrografía de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint syndrome, TMJ), inyección incluida                                            | sin costo                    | 3 (D0320) por fecha de servicio                                                                                   |
| D0322                           | Estudio tomográfico                                                                                                                                     | sin costo                    | 2 (D0322) cada 12 meses por proveedor                                                                             |
| D0330                           | Radiografía panorámica                                                                                                                                  | sin costo                    | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0340                           | Radiografía cefalométrica en 2D, medición y análisis                                                                                                    | sin costo                    | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor                                                                   |
| D0350                           | Imágenes fotográficas orales/faciales en 2D, intraorales/extraorales                                                                                    | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0396                           | Impresión en 3D de un escaneo en 3D de la superficie dental                                                                                             | sin costo                    | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio                                                                         |
| D0419                           | Evaluación del flujo salival por medición                                                                                                               | sin cobertura                |                                                                                                                   |
| D0431                           | Prueba auxiliar prediagnóstico                                                                                                                          | sin cobertura                |                                                                                                                   |
| D0460                           | Pruebas de vitalidad pulpar                                                                                                                             | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0470                           | Molde de diagnóstico                                                                                                                                    | sin costo                    | 1 (D0470) por proveedor, solo un beneficio con los servicios de ortodoncia cubiertos para los dientes permanentes |
| D0502                           | Otros procedimientos de patología oral, según informe                                                                                                   | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0601                           | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo bajo                                                                                            | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0602                           | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo moderado                                                                                        | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0603                           | Evaluación y documentación del riesgo de caries, riesgo alto                                                                                            | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0701                           | Radiografía panorámica, solo captura de imágenes                                                                                                        | sin costo                    | 1 de (D0330, D0701) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0702                           | Radiografía cefalométrica en 2D, solo captura de imágenes                                                                                               | sin costo                    | 2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor                                                                   |
| D0703                           | Imagen fotográfica oral/facial en 2D obtenida por vía intraoral o extraoral, solo captura de imágenes                                                   | sin costo                    | 4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio                                                                         |
| D0705                           | Radiografía dental posterior extraoral, solo captura de imágenes                                                                                        | sin costo                    | 1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio                                                                         |
| D0706                           | Radiografía oclusal intraoral, solo captura de imágenes                                                                                                 | sin costo                    | 2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor                                                                    |
| D0707                           | Radiografía periapical intraoral, solo captura de imágenes                                                                                              | sin costo                    | 20 de (D0220, D0230, D0707) cada 12 meses, por proveedor                                                          |
| D0708                           | Radiografía de aleta de mordida intraoral, solo captura de imágenes                                                                                     | sin costo                    | 1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio                                                                         |
| D0709                           | Serie completa de radiografías, intraorales, solo captura de imágenes                                                                                   | sin costo                    | 1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor                                                                   |
| D0801                           | Escaneo en 3D de la superficie dental, directo                                                                                                          | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0802                           | Escaneo en 3D de la superficie dental, indirecto                                                                                                        | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0803                           | Escaneo en 3D de la superficie facial, directo                                                                                                          | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0804                           | Escaneo en 3D de la superficie facial, indirecto                                                                                                        | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D0999                           | Procedimiento de diagnóstico no especificado, según informe                                                                                             | sin costo                    |                                                                                                                   |
| <b>Servicios Preventivos</b>    |                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                   |
| D1110                           | Profilaxis, adultos                                                                                                                                     | sin costo                    | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses                                                                           |
| D1120                           | Profilaxis, niños                                                                                                                                       | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D1206                           | Aplicación tópica de barniz de flúor                                                                                                                    | sin costo                    | 1 de (D1206, D1208) cada 6 meses                                                                                  |
| D1208                           | Aplicación tópica de flúor, excluyendo el barniz                                                                                                        | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D1310                           | Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales                                                                                      | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D1320                           | Asesoramiento sobre el uso del tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales                                                           | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D1321                           | Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos de salud bucal y del comportamiento asociados con el uso de sustancias de alto riesgo | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D1330                           | Instrucciones de higiene bucal                                                                                                                          | sin costo                    |                                                                                                                   |
| D1351                           | Sellador, por diente                                                                                                                                    | sin costo                    | 1 de (D1351) cada 36 meses 1.º, 2.º y 3.º molar                                                                   |
| D1353                           | Restauración del sellador, por diente                                                                                                                   | sin costo                    | 1 de (D1353) cada 36 meses 1.º, 2.º y 3.º molar                                                                   |
| D1354                           | Aplicación de medicamento para detener las caries, por diente                                                                                           | sin costo                    | 1 (D1354) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer tratamiento          |
| D1355                           | Aplicación de medicamentos preventivos contra la caries, por diente                                                                                     | sin costo                    | 1 (D1355) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer tratamiento          |
| D1510                           | Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante                                                                                                  | sin costo                    | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente, para menores de 18 años                                           |
| D1516                           | Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar                                                                                                         | sin costo                    | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años                                                                       |
| D1517                           | Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular                                                                                                      | sin costo                    | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años                                                                       |
| D1520                           | Mantenedor de espacio, removible, unilateral, por cuadrante                                                                                             | sin costo                    | 1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente, para menores de 18 años                                           |



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

| Código CDT                                  | Descripción                                                                 | Responsabilidad del paciente | Limitaciones                                                                                 |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios preventivos (continuación)</b> |                                                                             |                              |                                                                                              |
| D1526                                       | Mantenedor de espacio, removible, bilateral, maxilar                        | sin costo                    | 1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años                                                  |
| D1527                                       | Mantenedor de espacio, removible, bilateral, mandibular                     | sin costo                    | 1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años                                                  |
| D1551                                       | Recementación o reunión del mantenedor de espacio bilateral, maxilar        | sin costo                    | 1 (D1551) cada 12 meses, para menores de 18 años                                             |
| D1552                                       | Recementación o reunión del mantenedor de espacio bilateral, mandibular     | sin costo                    | 1 (D1552) cada 12 meses, para menores de 18 años                                             |
| D1553                                       | Recementación o reunión del mantenedor de espacio unilateral, por cuadrante | sin costo                    | 1 (D1553) por cuadrante cada 12 meses, para menores de 18 años                               |
| D1556                                       | Retiro del mantenedor de espacio fijo unilateral, por cuadrante             | sin costo                    |                                                                                              |
| D1557                                       | Retiro del mantenedor de espacio fijo bilateral, maxilar                    | sin costo                    |                                                                                              |
| D1558                                       | Retiro del mantenedor de espacio fijo bilateral, mandibular                 | sin costo                    |                                                                                              |
| D1575                                       | Mantenedor de espacio tipo zapata distal, fijo, por cuadrante               | sin costo                    |                                                                                              |
| <b>Servicios de restauración</b>            |                                                                             |                              |                                                                                              |
| D2140                                       | Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes                   | \$25                         | dientes primarios: 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses   |
| D2150                                       | Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes                  | \$30                         | dientes permanentes: 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses |

|                                |                                                                                                          |               |                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D2160                          | Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes                                              | \$40          |                                                                                                                                                                                            |
| D2161                          | Amalgama, cuatro superficies o más, dientes primarios o permanentes                                      | \$45          |                                                                                                                                                                                            |
| D2330                          | Resina compuesta, una superficie, dientes anteriores                                                     | \$30          |                                                                                                                                                                                            |
| D2331                          | Resina compuesta, dos superficies, dientes anteriores                                                    | \$45          |                                                                                                                                                                                            |
| D2332                          | Resina compuesta, tres superficies, dientes anteriores                                                   | \$55          |                                                                                                                                                                                            |
| D2335                          | Resina compuesta, cuatro o más superficies                                                               | \$60          |                                                                                                                                                                                            |
| D2390                          | Corona de resina compuesta, dientes anteriores                                                           | \$50          | dientes primarios: 1 (D2390) por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes: 1 (D2390) por diente cada 36 meses                                                                           |
| D2391                          | Resina compuesta, una superficie, dientes posteriores                                                    | \$30          | dientes primarios: 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes: 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses |
| D2392                          | Resina compuesta, dos superficies, dientes posteriores                                                   | \$40          |                                                                                                                                                                                            |
| D2393                          | Resina compuesta, tres superficies, dientes posteriores                                                  | \$50          |                                                                                                                                                                                            |
| D2394                          | Resina compuesta, cuatro o más superficies, dientes posteriores                                          | \$70          |                                                                                                                                                                                            |
| D2542                          | Incrustación onlay, metálico, dos superficies                                                            | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2543                          | Incrustación onlay, metálico, tres superficies                                                           | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2544                          | Incrustación onlay, metálico, cuatro o más superficies                                                   | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2642                          | Incrustación onlay, porcelana/cerámica, dos superficies                                                  | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2643                          | Incrustación onlay, porcelana/cerámica, tres superficies                                                 | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2644                          | Incrustación onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies                                         | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2662                          | Incrustación onlay, resina compuesta, dos superficies                                                    | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2663                          | Incrustación onlay, resina compuesta, tres superficies                                                   | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2664                          | Incrustación onlay, resina compuesta, cuatro o más superficies                                           | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2710                          | Corona, resina compuesta (indirecta)                                                                     | \$140         |                                                                                                                                                                                            |
| D2712                          | Corona, % de resina compuesta (indirecta)                                                                | \$190         |                                                                                                                                                                                            |
| D2720                          | Corona, resina con metal de alta nobleza                                                                 | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2721                          | Corona, resina con metal base predominante                                                               | \$300         |                                                                                                                                                                                            |
| D2722                          | Corona, resina con metal noble                                                                           | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2740                          | Corona, porcelana/cerámica                                                                               | \$300         |                                                                                                                                                                                            |
| D2750                          | Corona, porcelana con metal de alta nobleza                                                              | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2751                          | Corona, porcelana fundida con metal base predominante                                                    | \$300         |                                                                                                                                                                                            |
| D2752                          | Corona, porcelana fundida con metal noble                                                                | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2753                          | Corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio                                            | sin cobertura | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un periodo de 5 años, a partir de los 13 años                                                                                               |
| D2780                          | Corona, % de colado de metal de alta nobleza                                                             | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2781                          | Corona, % de colado de metal base predominante                                                           | \$300         |                                                                                                                                                                                            |
| D2782                          | Corona, % de colado de metal noble                                                                       | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2783                          | Corona, % de porcelana/cerámica                                                                          | \$310         |                                                                                                                                                                                            |
| D2790                          | Corona completa, colado de metal de alta nobleza                                                         | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2791                          | Corona completa, colado de metal base predominante                                                       | \$300         |                                                                                                                                                                                            |
| D2792                          | Corona, completa, colado de metal noble                                                                  | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2794                          | Corona, titanio y aleaciones de titanio                                                                  | sin cobertura |                                                                                                                                                                                            |
| D2910                          | Recementación o reunión de incrustaciones inlay, onlay, carilla o cobertura parcial                      | \$25          | 1 (D2910) por diente cada 12 meses, por proveedor                                                                                                                                          |
| D2915                          | Recementación o reunión de poste y espiga fabricados/prefabricados indirectamente                        | \$25          |                                                                                                                                                                                            |
| D2920                          | Recementación o reunión de corona                                                                        | \$25          | después de 12 meses de la colocación inicial con el mismo proveedor                                                                                                                        |
| D2921                          | Reconexión de fragmento de diente, borde incisal o cúspide                                               | \$45          |                                                                                                                                                                                            |
| D2928                          | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente                                             | \$120         | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses                                                                                                                                               |
| D2929                          | Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente primario                                               | \$95          | 1 de (D2929, D2930) por diente cada 12 meses                                                                                                                                               |
| D2930                          | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario                                                 | \$65          |                                                                                                                                                                                            |
| D2931                          | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente                                               | \$75          | 1 de (D2928, D2931) por diente cada 36 meses                                                                                                                                               |
| D2932                          | Corona prefabricada de resina                                                                            | \$75          |                                                                                                                                                                                            |
| D2933                          | Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina                                            | \$80          | dientes primarios: 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses<br>dientes permanentes: 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses                                                       |
| D2940                          | Colocación de una restauración directa provisional                                                       | \$25          | 1 (D2940) por diente cada 6 meses, por proveedor                                                                                                                                           |
| D2949                          | Cimiento restaurativo para una restauración indirecta                                                    | \$45          |                                                                                                                                                                                            |
| D2950                          | Reconstrucción de muñón, incluye espiga cuando se necesite                                               | \$30          |                                                                                                                                                                                            |
| D2951                          | Retención de espiga: por diente, además de la restauración                                               | \$25          | 1 (D2951) por diente                                                                                                                                                                       |
| D2952                          | Perno y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente                                            | \$100         | 1 (D2952) por diente                                                                                                                                                                       |
| D2953                          | Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente                                              | \$30          |                                                                                                                                                                                            |
| D2954                          | Perno y muñón prefabricados, además de la corona                                                         | \$90          | 1 (D2954) por diente                                                                                                                                                                       |
| D2955                          | Remoción de perno                                                                                        | \$60          |                                                                                                                                                                                            |
| D2957                          | Cada perno prefabricado adicional, mismo diente                                                          | \$35          |                                                                                                                                                                                            |
| D2971                          | Procedimiento adicional para personalizar una corona nueva, marco de dentadura postiza parcial existente | \$35          |                                                                                                                                                                                            |
| D2976                          | Estabilización de banda, por diente                                                                      | \$40          |                                                                                                                                                                                            |
| D2980                          | Reparación de corona, necesaria por falla del material de restauración                                   | \$50          | después de 12 meses de la colocación inicial de la corona con el mismo proveedor                                                                                                           |
| D2989                          | Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad                            | \$50          |                                                                                                                                                                                            |
| D2991                          | Aplicación de medicamento de regeneración de hidroxiapatita, por diente                                  | sin costo     |                                                                                                                                                                                            |
| D2999                          | Procedimiento restaurador no especificado, según informe                                                 | \$40          |                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios de endodoncia</b> |                                                                                                          |               |                                                                                                                                                                                            |
| D3110                          | Recubrimiento, directo (no incluye la restauración final)                                                | \$20          |                                                                                                                                                                                            |
| D3120                          | Recubrimiento, indirecto (no incluye la restauración final)                                              | \$25          |                                                                                                                                                                                            |
| D3220                          | Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final)                                                | \$40          | 1 (D3220) por diente primario                                                                                                                                                              |
| D3221                          | Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes                                                   | \$40          | 1 (D3221) por diente                                                                                                                                                                       |
| D3222                          | Pulpotomía parcial, apogénesis, diente permanente, raíz incompleta                                       | \$60          | 1 (D3222) por diente                                                                                                                                                                       |
| D3230                          | Terapia pulpar, dientes anteriores, primarios (no incluye la restauración final)                         | \$55          | 1 de (D3230, D3240) por diente                                                                                                                                                             |
| D3240                          | Terapia pulpar, dientes posteriores, primarios (no incluye la restauración final)                        | \$55          |                                                                                                                                                                                            |
| D3310                          | Terapia endodóntica, diente anterior (no incluye la restauración final)                                  | \$195         | 1 de (D3310, D3320, D3330) por diente                                                                                                                                                      |
| D3320                          | Terapia endodóntica, diente premolar (no incluye la restauración final)                                  | \$235         |                                                                                                                                                                                            |



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

| Código CDT                                    | Descripción                                                                             | Responsabilidad del paciente | Limitaciones                                                                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de endodoncia (continuación)</b> |                                                                                         |                              |                                                                                              |
| D3330                                         | Terapia endodóntica, molar (no incluye la restauración final)                           | \$300                        | 1 de (D3310, D3320, D3330) por diente                                                        |
| D3331                                         | Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular; sin intervención quirúrgica       | \$50                         |                                                                                              |
| D3332                                         | Terapia endodóntica incompleta, inoperable, no restaurable, diente fracturado           | sin cobertura                |                                                                                              |
| D3333                                         | Reparación interna de fallas de perforación                                             | \$80                         |                                                                                              |
| D3346                                         | Retratamiento de la terapia de conducto radicular previa, anterior                      | \$240                        |                                                                                              |
| D3347                                         | Retratamiento de la terapia de conducto radicular previa, premolar                      | \$395                        | 1 de (D3346-D3348) después de 12 meses del tratamiento inicial                               |
| D3348                                         | Retratamiento de la terapia de conducto radicular previa, molar                         | \$350                        |                                                                                              |
| D3351                                         | Apexificación/recalcificación, consulta inicial                                         | \$85                         | 1 (D3351) por diente                                                                         |
| D3352                                         | Apexificación/recalcificación, reemplazo provisional de medicamento                     | \$45                         | 1 (D3352) por diente                                                                         |
| D3353                                         | Apexificación/recalcificación, consulta final                                           | sin cobertura                |                                                                                              |
| D3410                                         | Apicectomía, anterior                                                                   | \$240                        |                                                                                              |
| D3421                                         | Apicectomía, premolar (primera raíz)                                                    | \$250                        |                                                                                              |
| D3425                                         | Apicectomía, molar (primera raíz)                                                       | \$275                        |                                                                                              |
| D3426                                         | Apicectomía (cada raíz adicional)                                                       | \$110                        |                                                                                              |
| D3428                                         | Injerto óseo en conjunto con cirugía perirradicular, por diente, un solo sitio          | \$350                        |                                                                                              |
| D3429                                         | Injerto óseo en conjunto con cirugía perirradicular, cada diente adicional, mismo sitio | \$350                        |                                                                                              |
| D3430                                         | Relleno retrógrado, por raíz                                                            | \$90                         |                                                                                              |
| D3431                                         | Materiales biológicos, regeneración de tejidos óseos suaves con cirugía perirradicular  | \$80                         |                                                                                              |
| D3432                                         | Regeneración tisular guiada, por sitio, con cirugía perirradicular                      | sin cobertura                |                                                                                              |
| D3450                                         | Amputación de raíz, por raíz                                                            | sin cobertura                |                                                                                              |
| D3471                                         | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, anterior                             | \$160                        |                                                                                              |
| D3472                                         | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, premolar                             | \$160                        |                                                                                              |
| D3473                                         | Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular, molar                                | \$160                        |                                                                                              |
| D3910                                         | Procedimiento quirúrgico para aislar al diente con dique de goma                        | \$30                         |                                                                                              |
| D3920                                         | Hemisección, no incluye terapia de conducto                                             | sin cobertura                |                                                                                              |
| D3950                                         | Preparación del conducto y ajuste de la clavija o poste preformado                      | sin cobertura                |                                                                                              |
| D3999                                         | Procedimiento de endodoncia no especificado, según informe                              | \$100                        |                                                                                              |
| <b>Servicios periodontales</b>                |                                                                                         |                              |                                                                                              |
| D4210                                         | Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes por cuadrante                      | \$150                        | 1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años |
| D4211                                         | Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes por cuadrante                     | \$50                         |                                                                                              |
| D4240                                         | Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes por cuadrante                   | sin cobertura                |                                                                                              |

|                                                                                                           |                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D4241                                                                                                     | Procedimiento de colgajo gingival, de uno a tres dientes por cuadrante                                                 | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4249                                                                                                     | Aisamiento quirúrgico de la corona, tejido duro                                                                        | \$365         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4260                                                                                                     | Cirugía ósea, cuatro o más dientes por cuadrante                                                                       | \$265         | 1 de (D4210, D4211, D4260, D4261) por sitio/cuadrante cada 36 meses, a partir de los 13 años                                                                                                                                      |
| D4261                                                                                                     | Cirugía ósea, de uno a tres dientes por cuadrante                                                                      | \$140         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4263                                                                                                     | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, primer sitio, cuadrante                                       | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4264                                                                                                     | Injerto óseo de reposición, se retuvo el diente natural, cada sitio adicional                                          | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4265                                                                                                     | Materiales biológicos para ayudar a regenerar tejido suave y óseo, por sitio                                           | \$80          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4266                                                                                                     | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio                                      | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4267                                                                                                     | Regeneración de tejido guiada, dientes naturales, barrera no reabsorbible, por sitio                                   | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4270                                                                                                     | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando                                                                   | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4273                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente                                                                    | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4275                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente                                                                 | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4283                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio                                                 | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4285                                                                                                     | Injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio                                              | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4286                                                                                                     | Extracción de la barrera no reabsorbible                                                                               | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>PAUTA:</b>                                                                                             |                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                   |
| Se permiten un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita por día. |                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4341                                                                                                     | Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante                                            | \$55          | 1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses, a partir de los 13 años                                                                                                                                                    |
| D4342                                                                                                     | Raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante                                           | \$30          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4346                                                                                                     | Raspado en presencia de inflamación moderada o severa, boca completa luego de evaluación                               | \$40          | 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses                                                                                                                                                                                           |
| D4355                                                                                                     | Desbridamiento de boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico periodontal integral, consulta posterior | \$40          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4381                                                                                                     | Aplicación localizada de agentes antimicrobianos por diente                                                            | \$10          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D4910                                                                                                     | Mantenimiento periodontal                                                                                              | \$30          | 1 (D4910) cada 3 meses                                                                                                                                                                                                            |
| D4920                                                                                                     | Cambio de vendaje no programado (que no sea el dentista tratante o su personal)                                        | \$15          | 1 (D4920) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años                                                                                                                                                                     |
| D4999                                                                                                     | Procedimiento de endodoncia no especificado, según informe                                                             | \$350         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Servicios protodónticos removibles</b>                                                                 |                                                                                                                        |               |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5110                                                                                                     | Dentadura postiza completa, maxilar                                                                                    | \$300         | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco, cada periodo de 5 años Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura anterior: dentadura postiza completa.      |
| D5120                                                                                                     | Dentadura postiza completa, mandibular                                                                                 | \$300         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5130                                                                                                     | Dentadura postiza inmediata, maxilar                                                                                   | \$300         | 1 (D5130) por paciente. No es un beneficio como una dentadura postiza temporal. Las dentaduras postizas completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de cinco años de una dentadura inmediata.                    |
| D5140                                                                                                     | Dentadura postiza inmediata, mandibular                                                                                | \$300         | 1 (D5140) por paciente. No es un beneficio como una dentadura postiza temporal. Las dentaduras postizas completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de cinco años de una dentadura inmediata.                    |
| D5211                                                                                                     | Dentadura postiza parcial maxilar, con base de resina                                                                  | \$300         | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco, cada periodo de 5 años Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura anterior: dentadura postiza completa.      |
| D5212                                                                                                     | Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina                                                                   | \$300         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5213                                                                                                     | Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina                                                       | \$335         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5214                                                                                                     | Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, con base de resina                                                | \$335         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5221                                                                                                     | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina                                                            | \$275         | 1 de (D5221-D5224) por arco, por paciente. No es un beneficio como una dentadura postiza temporal. Las dentaduras postizas completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de cinco años de una dentadura inmediata. |
| D5222                                                                                                     | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina                                                         | \$275         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5223                                                                                                     | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura postiza             | \$330         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5224                                                                                                     | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina para dentadura postiza          | \$330         |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5225                                                                                                     | Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible                                                                       | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5226                                                                                                     | Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible                                                                    | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5227                                                                                                     | Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible                                                             | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5228                                                                                                     | Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible                                                          | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5282                                                                                                     | Dentadura postiza parcial unilateral removable, metal fundido de una pieza, maxilar                                    | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5283                                                                                                     | Dentadura postiza parcial unilateral removable, metal fundido de una pieza, mandibular                                 | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5284                                                                                                     | Dentadura postiza parcial unilateral desmontable: una pieza de metal colado                                            | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5286                                                                                                     | Dentadura postiza parcial unilateral removable, resina de una pieza, por cuadrante                                     | sin cobertura |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5410                                                                                                     | Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar                                                                          | \$20          | 2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses, 1 por arco por proveedor por fecha de servicio                                                                                                                                         |
| D5411                                                                                                     | Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular                                                                       | \$20          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5421                                                                                                     | Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar                                                                           | \$20          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5422                                                                                                     | Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular                                                                        | \$20          |                                                                                                                                                                                                                                   |
| D5511                                                                                                     | Reparación de base rota de dentadura postiza completa, mandibular                                                      | \$40          | 1 (D5511) por fecha del servicio por proveedor, 2 cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                     |
| D5512                                                                                                     | Reparación de base rota de dentadura postiza completa, maxilar                                                         | \$40          | 1 (D5512) por fecha del servicio por proveedor, 2 cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                     |



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

| Código CDT                                               | Descripción                                                                       | Responsabilidad del paciente | Limitaciones                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de protodoncia removable (continuación)</b> |                                                                                   |                              |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5520                                                    | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa                | \$40                         | hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                       |
| D5611                                                    | Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, mandibular            | \$40                         | 1 (D5611) por fecha del servicio por proveedor, 2 cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                |
| D5612                                                    | Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, maxilar               | \$40                         | 1 (D5612) por fecha del servicio por proveedor, 2 cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                |
| D5621                                                    | Reparación del marco parcial del molde, mandibular                                | \$40                         | 1 (D5621) por fecha del servicio por proveedor, 2 cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                |
| D5622                                                    | Reparación del marco parcial del molde, maxilar                                   | \$40                         | 1 (D5622) por fecha del servicio por proveedor, 2 cada 12 meses por proveedor                                                                                                                                                |
| D5630                                                    | Reparación o reemplazo de los materiales de retenedores rotos, por diente         | \$50                         | 3 (D5630) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                             |
| D5640                                                    | Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis dental completa, por diente      | \$35                         | 4 (D5640) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                             |
| D5650                                                    | Adición de un diente a la prótesis dental parcial existente                       | \$35                         | 3 (D5650) por arco por proveedor por fecha de servicio, 1 por diente                                                                                                                                                         |
| D5660                                                    | Adición de un retenedor a la prótesis dental parcial existente, por diente        | \$60                         | 3 (D5660) por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses                                                                                                                                       |
| D5670                                                    | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal fundido, maxilar    | sin cobertura                |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5671                                                    | Reemplazo de todos los dientes y acrílico en la base de metal fundido, mandibular | sin cobertura                |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5710                                                    | Reajuste de prótesis dental maxilar completa                                      | sin cobertura                |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5711                                                    | Reajuste de prótesis dental mandibular completa                                   | sin cobertura                |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5720                                                    | Reajuste de prótesis dental maxilar parcial                                       | sin cobertura                |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5721                                                    | Reajuste de prótesis dental mandibular parcial                                    | sin cobertura                |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5730                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa, directa                      | \$60                         | 1 de (D5730-D5761) cada 12 meses. Cubierto 6 meses después de la colocación inicial del aparato si se necesitaron extracciones, 12 meses después de la colocación inicial del aparato si no se necesitaron extracciones.     |
| D5731                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa, directa                   | \$60                         |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5740                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial, directa                       | \$60                         |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5741                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial, directa                    | \$60                         |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5750                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa, indirecta                    | \$90                         | 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.     |
| D5751                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa, indirecta                 | \$90                         |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5760                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial, indirecta                     | \$80                         |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5761                                                    | Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial, indirecta                  | \$80                         |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5850                                                    | Acondicionamiento de tejido, maxilar                                              | \$30                         | 2 (D5850) cada 36 meses                                                                                                                                                                                                      |
| D5851                                                    | Acondicionamiento de tejido, mandibular                                           | \$30                         | 2 (D5851) cada 36 meses                                                                                                                                                                                                      |
| D5862                                                    | Aditamentos de precisión, según informe                                           | \$90                         |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5863                                                    | Sobredentadura, completa, maxilar, soportada por dientes naturales                | \$300                        | 1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco, cada periodo de 5 años Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una dentadura postiza completa, inmediata o sobredentadura anterior: dentadura postiza completa. |
| D5864                                                    | Sobredentadura, parcial, maxilar, soportada por dientes naturales                 | \$300                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5865                                                    | Sobredentadura, completa, mandibular, soportada por dientes naturales             | \$300                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5866                                                    | Sobredentadura, parcial, mandibular, soportada por dientes naturales              | \$300                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5876                                                    | Aprejar una subestructura metálica a la dentadura completa acrílica, por arco     | sin cobertura                |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5899                                                    | Procedimiento de protodoncia removable sin especificar, según informe             | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios maxilofaciales protésicos</b>               |                                                                                   |                              |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5909                                                    | Prótesis de guía maxilar con aleta guía                                           | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5911                                                    | Moldeado facial (por secciones)                                                   | \$285                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5912                                                    | Moldeado facial (completo)                                                        | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5913                                                    | Prótesis nasal                                                                    | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5914                                                    | Prótesis auricular                                                                | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5915                                                    | Prótesis orbital                                                                  | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5916                                                    | Prótesis ocular                                                                   | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5919                                                    | Prótesis facial                                                                   | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5922                                                    | Prótesis nasal septal                                                             | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5923                                                    | Prótesis ocular, temporal                                                         | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5924                                                    | Prótesis canina                                                                   | \$350                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5925                                                    | Prótesis de implante de aumento facial                                            | \$200                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5926                                                    | Prótesis nasal, reemplazo                                                         | \$200                        |                                                                                                                                                                                                                              |
| D5927                                                    | Prótesis auricular, sustitución                                                   | \$200                        |                                                                                                                                                                                                                              |

|       |                                                                                                                    |       |                         |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| D5928 | Prótesis orbital, reemplazo                                                                                        | \$200 |                         |
| D5929 | Prótesis facial, reemplazo                                                                                         | \$200 |                         |
| D5930 | Prótesis de guía maxilar sin aleta guía                                                                            | \$350 |                         |
| D5931 | Prótesis de obturador, quirúrgica                                                                                  | \$350 |                         |
| D5932 | Prótesis de obturador, definitiva                                                                                  | \$350 |                         |
| D5933 | Prótesis de obturador, modificación                                                                                | \$150 | 2 (D5933) cada 12 meses |
| D5934 | Prótesis de guía mandibular con aleta guía                                                                         | \$350 |                         |
| D5935 | Prótesis de guía mandibular sin aleta guía                                                                         | \$350 |                         |
| D5936 | Prótesis de obturador, temporal                                                                                    | \$350 |                         |
| D5937 | Aparato trismo (no para tratamiento de trastornos temporomandibulares ( <i>Temporomandibular disorders, TMD</i> )) | \$85  |                         |
| D5938 | Prótesis de resección maxilar completa removible                                                                   | \$350 |                         |
| D5939 | Prótesis de resección mandibular completa removible                                                                | \$350 |                         |
| D5940 | Prótesis de resección maxilar parcial removible                                                                    | \$350 |                         |
| D5941 | Prótesis de resección mandibular parcial removible                                                                 | \$350 |                         |
| D5942 | Prótesis de resección, prótesis removible soportada por implante/pilar maxilar, arco                               | \$350 |                         |
| D5943 | Prótesis de resección, prótesis removible soportada por implante/pilar mandibular, arco                            | \$350 |                         |
| D5944 | Prótesis de resección, prótesis removible soportada por implante/pilar maxilar, parcial, arco                      | \$350 |                         |
| D5945 | Prótesis de resección, prótesis removible soportada por implante/pilar mandibular, parcial, arco                   | \$350 |                         |
| D5946 | Prótesis de resección, prótesis fija soportada por implante/pilar maxilar, arco                                    | \$350 |                         |
| D5947 | Prótesis de resección, prótesis fija soportada por implante/pilar mandibular, arco                                 | \$350 |                         |
| D5948 | Prótesis de resección, prótesis fija soportada por implante/pilar maxilar, parcial, arco                           | \$350 |                         |
| D5949 | Prótesis de resección, prótesis fija soportada por implante/pilar mandibular, parcial, arco                        | \$350 |                         |
| D5951 | Auxiliar de alimentación                                                                                           | \$135 | menores de 18 años      |
| D5952 | Prótesis para el habla, pediátrica                                                                                 | \$350 | menores de 18 años      |
| D5953 | Prótesis para el habla, adulto                                                                                     | \$350 | a partir de los 18 años |
| D5954 | Prótesis de aumento de paladar                                                                                     | \$135 |                         |
| D5955 | Prótesis de elevación de paladar, definitiva                                                                       | \$350 |                         |
| D5958 | Prótesis de elevación de paladar, temporal                                                                         | \$350 |                         |
| D5959 | Prótesis de elevación de paladar, modificación                                                                     | \$145 | 2 (D5959) cada 12 meses |
| D5960 | Prótesis para el habla, modificación                                                                               | \$145 | 2 (D5960) cada 12 meses |
| D5982 | Stent quirúrgico, para la cicatrización de tejidos blandos                                                         | \$70  |                         |
| D5983 | Portador de radiación                                                                                              | \$55  |                         |
| D5984 | Protector de radiación                                                                                             | \$85  |                         |
| D5985 | Cono localizador de radiación                                                                                      | \$135 |                         |
| D5986 | Portador de gel de fluor                                                                                           | \$35  |                         |
| D5987 | Férula para comisura                                                                                               | \$85  |                         |



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

| Código CDT                                                | Descripción                                                                                                                     | Responsabilidad del paciente | Limitaciones |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------|
| <b>Servicios maxilofaciales protésicos (continuación)</b> |                                                                                                                                 |                              |              |
| D5988                                                     | Férula quirúrgica                                                                                                               | \$95                         |              |
| D5991                                                     | Portador de medicamentos para enfermedades de la piel                                                                           | \$70                         |              |
| D5995                                                     | Prótesis maxilofacial sin especificar, según informe                                                                            | \$350                        |              |
| <b>Servicios de implantes</b>                             |                                                                                                                                 |                              |              |
| D6010                                                     | Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, endosteal                                                                        | \$350                        |              |
| D6011                                                     | Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (cirugía de implante de segunda etapa)                                                | \$350                        |              |
| D6012                                                     | Implantación quirúrgica de implante provisional, prótesis transitoria: implante endóseo                                         | \$350                        |              |
| D6013                                                     | Colocación quirúrgica de mini implante                                                                                          | \$350                        |              |
| D6040                                                     | Implante quirúrgico: implante endosteal                                                                                         | \$350                        |              |
| D6049                                                     | Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación por perimplantitis, implante único                                         | \$35                         |              |
| D6050                                                     | Implante quirúrgico: implante transóseo                                                                                         | \$350                        |              |
| D6055                                                     | Barra conectora, soporte de implante o de pilar                                                                                 | \$350                        |              |
| D6056                                                     | Pilar prefabricado, incluye modificación y colocación                                                                           | \$135                        |              |
| D6057                                                     | Pilar fabricado a la medida, incluye colocación                                                                                 | \$180                        |              |
| D6058                                                     | Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar                                                                               | \$320                        |              |
| D6059                                                     | Corona de porcelana fundida con metal de alta nobleza, con soporte de pilar                                                     | \$315                        |              |
| D6060                                                     | Corona de porcelana fundida sobre metal base, con soporte de pilar                                                              | \$295                        |              |
| D6061                                                     | Corona de porcelana fundida sobre metal noble, con soporte de pilar                                                             | \$300                        |              |
| D6062                                                     | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal de alta nobleza                                                             | \$315                        |              |
| D6063                                                     | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal base                                                                        | \$300                        |              |
| D6064                                                     | Corona de metal fundido con soporte de pilar, metal noble                                                                       | \$315                        |              |
| D6065                                                     | Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante                                                                            | \$340                        |              |
| D6066                                                     | Corona con soporte de implante, porcelana con aleaciones altamente nobles                                                       | \$335                        |              |
| D6067                                                     | Corona con soporte de implante, aleaciones altamente nobles                                                                     | \$340                        |              |
| D6068                                                     | Retenedor con soporte de pilar, prótesis parcial fija ( <i>Fixed Partial Denture, FPD</i> ) de porcelana/cerámica               | \$320                        |              |
| D6069                                                     | Retenedor con soporte de pilar, FPD de metal, alta nobleza                                                                      | \$315                        |              |
| D6070                                                     | Retenedor con soporte de pilar, FPD de porcelana fundida sobre metal, metal base                                                | \$290                        |              |
| D6071                                                     | Retenedor con soporte de pilar, FPD de porcelana fundida sobre metal, noble                                                     | \$300                        |              |
| D6072                                                     | Retenedor con soporte de pilar, FPD de metal fundido, alta nobleza                                                              | \$315                        |              |
| D6073                                                     | Retenedor con soporte de pilar, FPD de metal, metal base                                                                        | \$290                        |              |
| D6074                                                     | Retenedor con soporte de pilar, FPD de metal, metal noble                                                                       | \$300                        |              |
| D6075                                                     | Retenedor con soporte de implante, FPD de cerámica                                                                              | \$335                        |              |
| D6076                                                     | Retenedor con soporte de implante para FPD, porcelana fundida con aleaciones altamente nobles                                   | \$330                        |              |
| D6077                                                     | Retenedor con soporte de implante para FPD de metal, aleaciones altamente nobles                                                | \$350                        |              |
| D6080                                                     | Procedimientos de mantenimiento de implantes, prótesis retiradas/reinsertadas híbridas fijas de arco completa, incluye limpieza | \$30                         |              |
| D6081                                                     | Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante                                            | \$30                         |              |
| D6082                                                     | Corona con soporte de implante, porcelana fundida con aleaciones predominantemente base                                         | \$335                        |              |
| D6083                                                     | Corona con soporte de implante, porcelana fundida con aleaciones nobles                                                         | \$335                        |              |
| D6084                                                     | Corona con soporte de implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio                                           | \$335                        |              |
| D6085                                                     | Implante de corona provisional                                                                                                  | \$300                        |              |
| D6086                                                     | Corona con soporte de implante, con aleaciones predominantemente base                                                           | \$340                        |              |
| D6087                                                     | Corona con soporte de implante, aleaciones nobles                                                                               | \$340                        |              |
| D6088                                                     | Corona con soporte de implante, titanio y aleaciones de titanio                                                                 | \$340                        |              |
| D6089                                                     | Acceso y reaseguramiento de tornillos de implante sueltos, por tornillo                                                         | \$60                         |              |
| D6090                                                     | Reparación de prótesis con soporte de implante/pilar                                                                            | \$65                         |              |
| D6091                                                     | Pieza de repuesto de semiprecisión, aditamento de precisión, prótesis con soporte de implante/pilar, por aditamento             | \$40                         |              |
| D6092                                                     | Recementación o reunión de corona con soporte de implante/pilar                                                                 | \$25                         |              |
| D6093                                                     | Recementación o reunión de la PPF con soporte de implante/pilar                                                                 | \$35                         |              |
| D6094                                                     | Corona con soporte de pilar, titanio y aleaciones de titanio                                                                    | \$295                        |              |
| D6096                                                     | Extracción del tornillo de retención del implante roto                                                                          | \$60                         |              |
| D6097                                                     | Corona con soporte de pilar, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio                                              | \$315                        |              |
| D6098                                                     | Retenedor con soporte de implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base                                    | \$330                        |              |
| D6099                                                     | Retenedor con soporte de implante para FPD, porcelana fundida con aleaciones nobles                                             | \$330                        |              |
| D6100                                                     | Extracción quirúrgica del cuerpo del implante                                                                                   | \$110                        |              |
| D6105                                                     | Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción de hueso ni elevación del colgajo                                 | \$110                        |              |
| D6110                                                     | Dentadura postiza removible con soporte de implante/pilar, maxilar                                                              | \$350                        |              |
| D6111                                                     | Dentadura postiza removible con soporte de implante/pilar, mandibular                                                           | \$350                        |              |
| D6112                                                     | Dentadura postiza removible con soporte de implante/pilar, parcial, maxilar                                                     | \$350                        |              |
| D6113                                                     | Dentadura postiza removible con soporte de implante/pilar, parcial, mandibular                                                  | \$350                        |              |
| D6114                                                     | Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar, maxilar                                                                   | \$350                        |              |
| D6115                                                     | Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar, mandibular                                                                | \$350                        |              |
| D6116                                                     | Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar, parcial, maxilar                                                          | \$350                        |              |
| D6117                                                     | Dentadura postiza fija con soporte de implante/pilar, parcial, mandibular                                                       | \$350                        |              |
| D6118                                                     | Dentadura postiza fija provisional con soporte de implante/pilar, mandibular                                                    | \$350                        |              |
| D6119                                                     | Dentadura postiza fija provisional con soporte de implante/pilar, maxilar                                                       | \$350                        |              |
| D6120                                                     | Retenedor con soporte de implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio                                        | \$330                        |              |
| D6121                                                     | Retenedor con soporte de implante para FPD de metal, aleaciones predominantemente base                                          | \$350                        |              |

Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales

|                                         |                                                                                                                                         |               |  |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|
| D6122                                   | Retenedor con soporte de implante para FPD de metal, aleaciones nobles                                                                  | \$350         |  |
| D6123                                   | Retenedor con soporte de implante para FPD de metal, titanio y aleaciones de titanio                                                    | \$350         |  |
| D6180                                   | Procedimientos de mantenimiento de implantes, sin retirar la prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza.              | \$30          |  |
| D6190                                   | Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe                                                                               | \$75          |  |
| D6191                                   | Pilar de semiprecisión, colocación                                                                                                      | \$350         |  |
| D6192                                   | Aditamento de semiprecisión, colocación                                                                                                 | \$350         |  |
| D6194                                   | Corona de retención con soporte de pilar para FPD de titanio, titanio y aleaciones de titanio                                           | \$265         |  |
| D6195                                   | Retenedor con soporte de pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio                                                 | \$315         |  |
| D6197                                   | Sustitución del material de restauración y cierre de la cavidad de acceso en prótesis con soporte de implante atornillada, por implante | \$95          |  |
| D6198                                   | Retiro del componente del implante provisional                                                                                          | \$110         |  |
| D6199                                   | Procedimiento de implante no especificado, según informe                                                                                | \$350         |  |
| <b>Servicios de protodónticos fijos</b> |                                                                                                                                         |               |  |
| D6205                                   | Pónico de compuesto a base de resina, indirecto                                                                                         | sin cobertura |  |
| D6210                                   | Pónico de metal de alta nobleza                                                                                                         | sin cobertura |  |



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

| Código CDT                                                                                                                   | Descripción                                                                                                                                      | Responsabilidad del paciente | Limitaciones                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de protodónticos fijos</b>                                                                                      |                                                                                                                                                  |                              |                                                                                                                                      |
| D6211                                                                                                                        | Pónico con metal base predominante fundido                                                                                                       | \$300                        | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años                                         |
| D6212                                                                                                                        | Pónico de metal noble fundido                                                                                                                    | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6214                                                                                                                        | Pónico, titanio y aleaciones de titanio                                                                                                          | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6240                                                                                                                        | Pónico de porcelana fundido con metal de alta nobleza                                                                                            | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6241                                                                                                                        | Pónico de porcelana con metal base predominante                                                                                                  | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6242                                                                                                                        | Pónico de porcelana fundida con metal noble                                                                                                      | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6243                                                                                                                        | Pónico, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio                                                                                    | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6245                                                                                                                        | Pónico, porcelana/cerámica                                                                                                                       | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6250                                                                                                                        | Pónico de resina con metal de alta nobleza                                                                                                       | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6251                                                                                                                        | Pónico de resina con metal base predominante                                                                                                     | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6252                                                                                                                        | Pónico de resina con metal noble                                                                                                                 | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6280                                                                                                                        | Procedimientos de mantenimiento de implantes: limpieza de dentadura postiza removible de arco completo soportada por implantes/pilares, por arco | \$20                         |                                                                                                                                      |
| D6545                                                                                                                        | Retenedor, metal fundido para prótesis postiza fija retenida por resina                                                                          | sin cobertura                | 1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años                                         |
| D6548                                                                                                                        | Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis postiza fija unida con resina                                                                            | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6549                                                                                                                        | Retenedor de resina, para prótesis postiza fija unida por resina                                                                                 | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6608                                                                                                                        | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, dos superficies                                                                                             | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6609                                                                                                                        | Retenedor onlay, porcelana/cerámica, tres o más superficies                                                                                      | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6610                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, dos superficies                                                                                  | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6611                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal de alta nobleza fundido, tres o más superficies                                                                           | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6612                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal base fundido, dos superficies                                                                                             | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6613                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal base fundido, tres o más superficies                                                                                      | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6614                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal noble fundido, dos superficies                                                                                            | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6615                                                                                                                        | Retenedor onlay, metal noble fundido, tres o más superficies                                                                                     | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6634                                                                                                                        | Retenedor onlay, titanio                                                                                                                         | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6710                                                                                                                        | Corona de retención, compuesto de resina base indirecta                                                                                          | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6720                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal de alta nobleza                                                                                            | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6721                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal base predominante                                                                                          | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6722                                                                                                                        | Corona de retención, resina con metal noble                                                                                                      | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6740                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana/cerámica                                                                                                          | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6750                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fundida con metal de alta nobleza                                                                                 | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6751                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fundida con metal base predominante                                                                               | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6752                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fundida con metal noble                                                                                           | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6753                                                                                                                        | Corona de retención, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio                                                                       | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6781                                                                                                                        | Corona de retención, 1/2 de metal base fundido predominantemente                                                                                 | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6782                                                                                                                        | Corona de retención, 1/2 de metal noble fundido                                                                                                  | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6783                                                                                                                        | Corona de retención, 1/2 de porcelana/cerámica                                                                                                   | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6784                                                                                                                        | Corona de retención de 1/2, titanio y aleaciones de titanio                                                                                      | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6791                                                                                                                        | Corona de retención, metal base predominante completo fundido                                                                                    | \$300                        |                                                                                                                                      |
| D6794                                                                                                                        | Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio                                                                                             | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D6930                                                                                                                        | Re cementación o reunión de dentadura postiza parcial fija                                                                                       | \$40                         |                                                                                                                                      |
| D6980                                                                                                                        | Reparación de dentadura postiza parcial fija, falla de material de restauración                                                                  | \$25                         |                                                                                                                                      |
| D6999                                                                                                                        | Procedimiento de protodoncia fijo sin especificar, según informe                                                                                 | \$350                        |                                                                                                                                      |
| <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                         |                                                                                                                                      |
| D7140                                                                                                                        | Extracción, dientes erupcionados o raíz expuesta                                                                                                 | \$65                         |                                                                                                                                      |
| D7210                                                                                                                        | Extracción, diente erupcionado que requiere remoción del hueso o seccionamiento del diente                                                       | \$120                        |                                                                                                                                      |
| D7220                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, tejido blando                                                                                                   | \$65                         |                                                                                                                                      |
| D7230                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, parcialmente ósea                                                                                               | \$145                        |                                                                                                                                      |
| D7240                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, completamente ósea                                                                                              | \$160                        |                                                                                                                                      |
| D7241                                                                                                                        | Remoción de un diente impactado, completamente ósea, complicación                                                                                | \$175                        |                                                                                                                                      |
| D7250                                                                                                                        | Remoción de raíces residuales del diente (procedimiento de corte)                                                                                | \$80                         |                                                                                                                                      |
| D7252                                                                                                                        | Extracción parcial para la colocación inmediata de un implante                                                                                   | \$80                         |                                                                                                                                      |
| D7259                                                                                                                        | Disección del nervio                                                                                                                             | \$280                        | 1 (D7259) por diente de por vida; se limita a los dientes 17 y 32. Inclusive con D7241. Debe realizarlo un cirujano oral autorizado. |
| D7260                                                                                                                        | Cierre de fístula orontral                                                                                                                       | \$280                        |                                                                                                                                      |
| D7261                                                                                                                        | Cierre primario de una perforación de los senos                                                                                                  | \$285                        |                                                                                                                                      |
| D7270                                                                                                                        | Reimplantación o estabilización de dientes, accidente                                                                                            | \$185                        | 1 (D7270) por arco                                                                                                                   |
| D7280                                                                                                                        | Exposición de un diente no erupcionado                                                                                                           | \$220                        |                                                                                                                                      |
| D7283                                                                                                                        | Instalación, aparato para facilitar la erupción, impacción                                                                                       | \$85                         |                                                                                                                                      |
| D7284                                                                                                                        | Biopsia excisional de glándulas salivales menores                                                                                                | \$115                        |                                                                                                                                      |
| D7285                                                                                                                        | Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)                                                                                          | \$180                        |                                                                                                                                      |
| D7286                                                                                                                        | Biopsia incisional de tejido oral, blando                                                                                                        | \$110                        | 1 (D7285) por arco, por fecha de servicio hasta 3 (D7286) por fecha de servicio                                                      |
| D7287                                                                                                                        | Recolección exfoliativa de muestra citológica                                                                                                    | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D7288                                                                                                                        | Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial                                                                                       | sin cobertura                |                                                                                                                                      |
| D7290                                                                                                                        | Reposicionamiento quirúrgico de un diente                                                                                                        | \$185                        | 1 (D7290) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo                                                                   |
| D7291                                                                                                                        | Fibrotomía supra crestal/transpalatal, según informe                                                                                             | \$80                         | 1 (D7291) por arco, únicamente para tratamiento ortodóntico activo                                                                   |
| D7310                                                                                                                        | Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                                                                              | \$85                         |                                                                                                                                      |
| D7311                                                                                                                        | Alveoloplastia sin extracciones, uno a tres dientes por cuadrante                                                                                | \$50                         |                                                                                                                                      |
| D7320                                                                                                                        | Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes por cuadrante                                                                              | \$120                        |                                                                                                                                      |
| D7321                                                                                                                        | Alveoloplastia sin extracciones, uno a tres dientes por cuadrante                                                                                | \$65                         |                                                                                                                                      |
| D7340                                                                                                                        | Vestibuloplastia, extensión de superficie (2.º epitelización)                                                                                    | \$350                        | 1 (D7340) por arco, cada período de 5 años                                                                                           |
| D7350                                                                                                                        | Vestibuloplastia, extensión de superficie                                                                                                        | \$350                        | 1 (D7350) por arco                                                                                                                   |
| D7410                                                                                                                        | Excisión de lesión benigna de hasta 1.25 cm                                                                                                      | \$75                         |                                                                                                                                      |
| D7411                                                                                                                        | Excisión de lesión benigna mayor a 1.25 cm                                                                                                       | \$115                        |                                                                                                                                      |
| D7412                                                                                                                        | Excisión de lesión benigna, complicada                                                                                                           | \$175                        |                                                                                                                                      |
| D7413                                                                                                                        | Excisión de lesión maligna de hasta 1.25 cm                                                                                                      | \$95                         |                                                                                                                                      |
| D7414                                                                                                                        | Excisión de lesión maligna mayor a 1.25 cm                                                                                                       | \$120                        |                                                                                                                                      |
| D7415                                                                                                                        | Excisión de lesión maligna, complicada                                                                                                           | \$255                        |                                                                                                                                      |
| D7440                                                                                                                        | Excisión de tumor maligno de hasta 1.25 cm                                                                                                       | \$105                        |                                                                                                                                      |
| D7441                                                                                                                        | Excisión de tumor maligno mayor a 1.25 cm                                                                                                        | \$185                        |                                                                                                                                      |
| D7450                                                                                                                        | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                                                                                   | \$180                        |                                                                                                                                      |
| D7451                                                                                                                        | Remoción de quiste/tumor odontogénico benigno mayor a 1.25 cm                                                                                    | \$330                        |                                                                                                                                      |
| D7460                                                                                                                        | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno de hasta 1.25 cm                                                                                | \$155                        |                                                                                                                                      |
| D7461                                                                                                                        | Remoción de quiste/tumor no odontogénico benigno mayor de 1.25 cm                                                                                | \$250                        |                                                                                                                                      |



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

| Código CDT                                              | Descripción                                                                                                           | Responsabilidad del paciente | Limitaciones                                     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Servicios orales y maxilofaciales (continuación)</b> |                                                                                                                       |                              |                                                  |
| D7465                                                   | Dstrucción de lesión(es) con métodos físicos/químicos, según informe                                                  | \$40                         |                                                  |
| D7471                                                   | Remoción de exostosis, maxilar o mandibular                                                                           | \$140                        | 1 (D7471) por cuadrante                          |
| D7472                                                   | Remoción de rodete palatino                                                                                           | \$145                        | 1 (D7472) de por vida                            |
| D7473                                                   | Remoción de rodete mandibular                                                                                         | \$140                        | 1 (D7473) por cuadrante                          |
| D7485                                                   | Reducción de la tuberosidad ósea                                                                                      | \$105                        | 1 (D7485) por cuadrante                          |
| D7490                                                   | Resección radical maxilar o mandibular                                                                                | \$350                        |                                                  |
| D7509                                                   | Marsupialización de quiste odontogénico                                                                               | \$180                        |                                                  |
| D7510                                                   | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral                                                                | \$70                         | 1 (D7510) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7511                                                   | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado                                                    | \$70                         | 1 (D7511) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7520                                                   | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral                                                                | \$70                         |                                                  |
| D7521                                                   | Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado                                                    | \$80                         |                                                  |
| D7530                                                   | Remoción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido                                                                      | \$45                         | 1 (D7530) por fecha de servicio                  |
| D7540                                                   | Remoción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético                                      | \$75                         | 1 (D7540) por fecha de servicio                  |
| D7550                                                   | Osteotomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso no vital                                                 | \$125                        | 1 (D7550) por cuadrante, misma fecha de servicio |
| D7560                                                   | Sinustomía maxilar para la remoción del fragmento de diente o un cuerpo extraño                                       | \$235                        |                                                  |
| D7610                                                   | Maxilar, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)                                                            | \$140                        |                                                  |
| D7620                                                   | Maxilar, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)                                                            | \$250                        |                                                  |
| D7630                                                   | Mandíbula, reducción abierta (dientes inmovilizados, si hay)                                                          | \$350                        |                                                  |
| D7640                                                   | Mandíbula, reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hay)                                                          | \$350                        |                                                  |
| D7650                                                   | Arco malar o cigomático, reducción abierta                                                                            | \$350                        |                                                  |
| D7660                                                   | Arco malar o cigomático, reducción cerrada                                                                            | \$350                        |                                                  |
| D7670                                                   | Alvéolo, reducción cerrada, puede incluir estabilización de dientes                                                   | \$170                        |                                                  |
| D7671                                                   | Alvéolo, reducción abierta, puede incluir estabilización de dientes                                                   | \$230                        |                                                  |
| D7680                                                   | Huesos faciales, reducción complicada con fijación, múltiples enfoques quirúrgicos                                    | \$350                        |                                                  |
| D7710                                                   | Maxilar, reducción abierta                                                                                            | \$110                        |                                                  |
| D7720                                                   | Maxilar, reducción cerrada                                                                                            | \$180                        |                                                  |
| D7730                                                   | Mandíbula, reducción abierta                                                                                          | \$350                        |                                                  |
| D7740                                                   | Mandíbula, reducción cerrada                                                                                          | \$290                        |                                                  |
| D7750                                                   | Arco malar o cigomático, reducción abierta                                                                            | \$220                        |                                                  |
| D7760                                                   | Arco malar o cigomático, reducción cerrada                                                                            | \$350                        |                                                  |
| D7770                                                   | Alvéolo, reducción abierta con estabilización de dientes                                                              | \$135                        |                                                  |
| D7771                                                   | Alvéolo, reducción cerrada con estabilización de dientes                                                              | \$160                        |                                                  |
| D7780                                                   | Huesos faciales, reducción complicada con fijación y múltiples enfoques                                               | \$350                        |                                                  |
| D7810                                                   | Reducción abierta de dislocación                                                                                      | \$350                        |                                                  |
| D7820                                                   | Reducción cerrada de dislocación                                                                                      | \$80                         |                                                  |
| D7830                                                   | Manipulación bajo anestesia                                                                                           | \$85                         |                                                  |
| D7840                                                   | Condiectomía                                                                                                          | \$350                        |                                                  |
| D7850                                                   | Disiectomía quirúrgica, con/sin implante                                                                              | \$350                        |                                                  |
| D7852                                                   | Reparación de disco                                                                                                   | \$350                        |                                                  |
| D7854                                                   | Sinovectomía                                                                                                          | \$350                        |                                                  |
| D7856                                                   | Miotomía                                                                                                              | \$350                        |                                                  |
| D7858                                                   | Reconstrucción de articulación                                                                                        | \$350                        |                                                  |
| D7860                                                   | Artrotomía                                                                                                            | \$350                        |                                                  |
| D7865                                                   | Artroplastia                                                                                                          | \$350                        |                                                  |
| D7870                                                   | Artrocentesis                                                                                                         | \$90                         |                                                  |
| D7871                                                   | Lisis y lavado no artroscópicos                                                                                       | \$150                        |                                                  |
| D7872                                                   | Artroscopia, diagnóstico, con o sin biopsia                                                                           | \$350                        |                                                  |
| D7873                                                   | Artroscopia: lavado y lisis de adherencias                                                                            | \$350                        |                                                  |
| D7874                                                   | Artroscopia: reposicionamiento de disco y estabilización                                                              | \$350                        |                                                  |
| D7875                                                   | Artroscopia: sinovectomía                                                                                             | \$350                        |                                                  |
| D7876                                                   | Artroscopia: disiectomía                                                                                              | \$350                        |                                                  |
| D7877                                                   | Artroscopia: desbridamiento                                                                                           | \$350                        |                                                  |
| D7880                                                   | Dispositivo ortopédico oclusal, según informe                                                                         | \$120                        |                                                  |
| D7881                                                   | Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal                                                                              | \$30                         |                                                  |
| D7899                                                   | Terapia TMD especificada, según informe                                                                               | \$350                        |                                                  |
| D7910                                                   | Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm                                                                    | \$35                         |                                                  |
| D7911                                                   | Sutura complicada, hasta 5 cm                                                                                         | \$55                         |                                                  |
| D7912                                                   | Sutura complicada, más de 5 cm                                                                                        | \$130                        |                                                  |
| D7920                                                   | Injerto de piel (identificar defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)                                           | \$120                        |                                                  |
| D7922                                                   | Colocación de un apósito biológico intraalveolar para ayudar en la hemostasia o el coágulo, estabilización, por sitio | \$80                         |                                                  |
| D7939                                                   | Indexación para osteotomía utilizando navegación dinámica o navegación asistida por robot                             | \$350                        |                                                  |
| D7940                                                   | Osteoplastia, para deformidades ortognáticas                                                                          | \$160                        |                                                  |
| D7941                                                   | Osteotomía, ramas mandibulares                                                                                        | \$350                        |                                                  |
| D7943                                                   | Osteotomía, ramas mandibulares con injerto óseo; incluye la obtención del injerto                                     | \$350                        |                                                  |
| D7944                                                   | Osteotomía, segmentado o subapical                                                                                    | \$275                        |                                                  |
| D7945                                                   | Osteotomía, cuerpo de la mandíbula                                                                                    | \$350                        |                                                  |
| D7946                                                   | Lefort I (maxilar, total)                                                                                             | \$350                        |                                                  |
| D7947                                                   | Lefort I (maxilar, segmentada)                                                                                        | \$350                        |                                                  |
| D7948                                                   | Lefort II o Lefort III sin injerto óseo                                                                               | \$350                        |                                                  |
| D7949                                                   | Lefort II o Lefort III con injerto óseo                                                                               | \$350                        |                                                  |
| D7950                                                   | Injerto óseo, osteoperiosteal, de cartilago, mandibular o maxilar, según informe                                      | \$190                        |                                                  |
| D7951                                                   | Aumento sinusal con huesos o sustitutos de hueso a través de un enfoque abierto lateral                               | \$290                        |                                                  |
| D7952                                                   | Aumento sinusal a través de un enfoque vertical                                                                       | \$175                        |                                                  |
| D7955                                                   | Reparación de defecto de tejido maxilofacial suave o duro                                                             | \$200                        |                                                  |
| D7956                                                   | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera reabsorbible, por sitio                                         | sin cobertura                |                                                  |
| D7957                                                   | Regeneración de tejido guiada, zona edéntula, barrera no reabsorbible, por sitio                                      | sin cobertura                |                                                  |
| D7961                                                   | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)                                                                              | \$120                        | 1 (D7961) por arco, por fecha de servicio        |
| D7962                                                   | Frenectomía lingual (frenulectomía)                                                                                   | \$120                        | 1 (D7962) por arco, por fecha de servicio        |
| D7963                                                   | Frenuloplastia                                                                                                        | \$120                        | 1 (D7963) por arco, por fecha de servicio        |
| D7970                                                   | Excisión del tejido hiperplástico, por arco                                                                           | \$175                        | 1 (D7970) por arco, por fecha de servicio        |
| D7971                                                   | Excisión de encía pericoronar                                                                                         | \$80                         |                                                  |
| D7972                                                   | Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa                                                                           | \$100                        | 1 (D7972) por arco, por fecha de servicio        |
| D7979                                                   | Sialolitotomía no quirúrgica                                                                                          | \$155                        |                                                  |
| D7980                                                   | Sialolitotomía quirúrgica                                                                                             | \$155                        |                                                  |
| D7981                                                   | Excisión de glándula salival, según informe                                                                           | \$120                        |                                                  |
| D7982                                                   | Sialodocoplastia                                                                                                      | \$215                        |                                                  |
| D7983                                                   | Cierre de fistula salival                                                                                             | \$140                        |                                                  |



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

| Código CDT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Descripción                                                                                      | Responsabilidad del paciente                 | Limitaciones                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Servicios orales y maxilofaciales (continuación)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                  |                                              |                                        |
| D7990                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Traqueotomía de emergencia                                                                       | \$350                                        |                                        |
| D7991                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Coronoidectomía                                                                                  | \$345                                        |                                        |
| D7995                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Injerto sintético, huesos de mandíbula o faciales, según informe                                 | \$150                                        |                                        |
| D7997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Remoción de aparato (no por el dentista que lo colocó), incluye la remoción de la barra del arco | \$50                                         |                                        |
| D7999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, según informe                                    | \$350                                        |                                        |
| <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 afección que califique) en el análisis Índice de Maloclusiones Labio-Linguales (Handicapping Labio-Lingual Deviation, HLLD). Todo tratamiento debe ser previamente autorizado por el Plan antes de la colocación de bandas. |                                                                                                  |                                              |                                        |
| D8030                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente                                   | \$1,000                                      | a partir de los 13 años                |
| D8091                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática                                       | por ciclo de tratamiento, independientemente |                                        |
| D8210                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Terapia de aparato removable                                                                     |                                              | 1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D8220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Terapia de aparato fijo                                                                                                | del año del plan,<br>siempre que el<br>miembro permanezca<br>inscrito en el plan | 1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años                                                                  |
| D8660                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Examen de tratamiento preortodóncico 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 ortodóncico                                  |
| D8681                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ajuste de retenedor removible de ortodoncia                                                                            |                                                                                  |                                                                                                         |
| D8696                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Reparación de aparato de ortodoncia, maxilar                                                                           |                                                                                  | 1 de (D8696, D8697) por arco, por aparato                                                               |
| D8697                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular                                                                        |                                                                                  |                                                                                                         |
| D8698                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Recementación o reunión del retenedor fijo, maxilar                                                                    |                                                                                  | 1 de (D8698, D8699) por arco, por proveedor                                                             |
| D8699                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Recementación o reunión del retenedor fijo, mandibular                                                                 |                                                                                  |                                                                                                         |
| D8701                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, maxilar                                                         |                                                                                  |                                                                                                         |
| D8702                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Reparación del retenedor fijo, incluye reimplantación, mandibular                                                      |                                                                                  |                                                                                                         |
| D8703                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Reemplazo del retenedor perdido o roto, maxilar                                                                        |                                                                                  | 1 de (D8703, D8704) por arco                                                                            |
| D8704                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Reemplazo del retenedor perdido o roto, mandibular                                                                     |                                                                                  |                                                                                                         |
| D8999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Procedimiento de ortodoncia no especificado, según informe                                                             |                                                                                  |                                                                                                         |
| <b>Servicios auxiliares generales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                         |
| D9110                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta                                                                   | \$30                                                                             | 1 (D9110) por fecha de servicio                                                                         |
| D9120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija                                                                       | \$95                                                                             |                                                                                                         |
| D9210                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Anestesia local no en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos                                            | \$10                                                                             | 1 (D9210) por fecha de servicio                                                                         |
| D9211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Anestesia por bloqueo regional                                                                                         | \$20                                                                             |                                                                                                         |
| D9212                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Anestesia por bloqueo de división del trigémino                                                                        | \$60                                                                             |                                                                                                         |
| D9215                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos                                               | \$15                                                                             |                                                                                                         |
| D9219                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general                                               | \$45                                                                             |                                                                                                         |
| <b>PAUTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                         |
| 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 o el nerviosismo del paciente no son en sí mismos una justificación suficiente. |                                                                                                                        |                                                                                  |                                                                                                         |
| D9222                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos o fracción del mismo                              | \$45                                                                             |                                                                                                         |
| D9223                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos o fracción del mismo                              | \$45                                                                             |                                                                                                         |
| D9224                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Anestesia general con manejo avanzado de la vía aérea, primer incremento de 15 minutos o fracción del mismo            | \$65                                                                             |                                                                                                         |
| D9225                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Anestesia general con manejo avanzado de la vía aérea, cada incremento subsiguiente de 15 minutos o fracción del mismo | \$65                                                                             |                                                                                                         |
| D9230                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Inhalación de óxido nítrico                                                                                            | \$15                                                                             |                                                                                                         |
| D9239                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación moderada intravenosa, primer incremento de 15 minutos o fracción del mismo                                    | \$60                                                                             |                                                                                                         |
| D9243                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación moderada intravenosa, cada incremento subsiguiente de 15 minutos o fracción del mismo                         | \$60                                                                             |                                                                                                         |
| D9244                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación mínima en el consultorio, con un solo medicamento, enteral                                                    | \$30                                                                             |                                                                                                         |
| D9245                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación moderada, enteral                                                                                             | \$65                                                                             |                                                                                                         |
| D9246                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación moderada no intravenosa, primer incremento de 15 minutos                                                      | \$65                                                                             |                                                                                                         |
| D9247                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sedación moderada no intravenosa, cada incremento subsiguiente de 15 minutos                                           | \$65                                                                             |                                                                                                         |
| D9310                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Consulta, aparte de solicitar un dentista                                                                              | \$50                                                                             |                                                                                                         |
| D9311                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Consulta con un profesional de atención médica                                                                         | sin costo                                                                        |                                                                                                         |
| D9410                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Llamada telefónica al hogar/centro de cuidado extendido                                                                | \$50                                                                             |                                                                                                         |
| D9420                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Llamada telefónica a un hospital o centro quirúrgico ambulatorio                                                       | \$135                                                                            |                                                                                                         |
| D9430                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Visitas al consultorio, observación, horas regulares, no incluye otros servicios                                       | \$20                                                                             | 1 (D9430) por fecha de servicio por proveedor                                                           |
| D9440                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Visitas al consultorio, después del horario de atención regular                                                        | \$45                                                                             | 1 (D9440) por fecha de servicio por proveedor                                                           |
| D9450                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Presentación de caso, planificación posterior, detallada y exhaustiva del tratamiento                                  | sin cobertura                                                                    |                                                                                                         |
| D9610                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Medicamento parenteral terapéutico, una sola dosis                                                                     | \$30                                                                             | 4 (D9610) por fecha de servicio                                                                         |
| D9612                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más dosis, diferentes medicamentos                                       | \$40                                                                             | 4 (D9612) por fecha de servicio                                                                         |
| D9910                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Aplicación de medicamento desensibilizante                                                                             | \$20                                                                             | 1 (D9910) por diente cada 12 meses, solo para dientes permanentes                                       |
| D9930                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Tratamiento de complicaciones, poscirugía, inusual, según informe                                                      | \$35                                                                             | 1 (D9930) por fecha de servicio por proveedor                                                           |
| D9942                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Reparación o realineamiento del protector oclusal                                                                      | sin cobertura                                                                    |                                                                                                         |
| D9943                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ajuste del protector oclusal                                                                                           | sin cobertura                                                                    |                                                                                                         |
| D9944                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Protector oclusal, aparato duro, arco completo                                                                         | sin cobertura                                                                    |                                                                                                         |
| D9945                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Protector oclusal, aparato suave, arco completo                                                                        | sin cobertura                                                                    |                                                                                                         |
| D9946                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Protector oclusal, aparato duro, arco parcial                                                                          | sin cobertura                                                                    |                                                                                                         |
| D9950                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Análisis de oclusión, modelos montados                                                                                 | \$120                                                                            | 1 (D9950) cada 12 meses, a partir de los 13 años                                                        |
| D9951                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ajuste de oclusión, limitado                                                                                           | \$45                                                                             | 1 (D9951) por cuadrante cada 12 meses, por proveedor, a partir de los 13 años                           |
| D9952                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Ajuste de oclusión, completo                                                                                           | \$210                                                                            | 1 (D9952) cada 12 meses, a partir de los 13 años                                                        |
| D9995                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real                                                                  | sin costo                                                                        | En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer Teleodontología, sería ofrecido sin costo alguno |
| D9996                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Teleodontología, asincrónica; información almacenada y enviada al dentista para su posterior revisión                  | sin costo                                                                        |                                                                                                         |
| D9997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Administración de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica                              | sin costo                                                                        |                                                                                                         |
| D9999                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Procedimiento complementario no especificado, según informe                                                            | sin costo                                                                        |                                                                                                         |

**Beneficios pediátricos: niños de 0 a 19 años**

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