Liberty Dental Plan
Plan LS100

CALIFORNIA

Siéntase bien al elegir un plan de Liberty Dental Plan

El plan dental LS100 le brinda cobertura en cualquier circunstancia. Ya sea que solo necesite cuidado dental rutinario o un tratamiento dental inesperado, usted sabe qué esperar con Liberty Dental Plan.

- Sin deducibles
- Sin períodos de espera
- Sin necesidad de presentar reclamaciones
- Sin máximos anuales

La buena salud comienza con una boca sana

Dé prioridad a las consultas dentales

Una de las primeras líneas de defensa en la salud general es el cuidado dental. Las limpiezas dentales regulares pueden ayudar a controlar problemas en el cuerpo, como enfermedad del corazón, diabetes y derrame cerebral. Liberty Dental Plan le permite cuidar mejor sus dientes y gastar menos al hacerlo.

Consejos para lograr una boca sana

- Utilice un cepillo de dientes de cerdas suaves e hilo dental a diario
- Elija pasta dental con flúor
- Cepíllese durante al menos dos minutos, dos veces al día
- Preste atención a los signos de enfermedad periodontal, tales como enrojecimiento, hinchazón o sensibilidad de las encías
- Consulte a un dentista regularmente para realizarse exámenes y limpiezas

Guía de información técnica y regulatoria de beneficios de especialidad disponible en **es-www.humana.com/insurance-through-employer/enrollment-center/pre-enrollment-disclosure**.

Cómo utilizar sus beneficios de Liberty Dental Plan

Para utilizar los beneficios cubiertos, los afiliados deben elegir y ser asignados a un consultorio dental que tenga un contrato con el plan LS100 de Liberty Dental Plan. Solo tiene que visitar **libertydentalplan.com** para buscar un dentista.

Regístrese o inicie sesión en el **portal para afiliados de Liberty** en **libertydentalplan.com** para ver los detalles de su cobertura, acceder a sus tarjetas de identificación, buscar un dentista y mucho más.

¡Una vida sin formularios de reclamación!
Los copagos de los afiliados se deben pagar en el consultorio dental en el momento en que se prestan los servicios.

¿Preguntas?

Para servicios a los afiliados, llame al **877-873-2241** o, si es proveedor y tiene preguntas, llame al **800-268-9012.**

También puede visitar nuestro sitio web en **libertydentalplan.com**

Las solicitudes por correo pueden enviarse a:
Liberty Dental Plan of California, Inc.
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

LIBERTY DENTAL PLAN®

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

Liberty Dental Plan
Plan LS100

CALIFORNIA

Los planes prepagados de Liberty Dental se enfocan en el mantenimiento de la salud oral, la prevención y la limitación de costos. No hay máximos anuales, no hay deducibles que alcanzar y no hay períodos de espera. Los copagos del plan para los procedimientos detallados se aplican tanto para un dentista general participante como para un especialista participante. Los procedimientos que no figuran en este documento no están cubiertos por el plan.

Servicios de diagnóstico		El afiliado paga
D0120	Evaluación oral periódica	$0.00
D0140	Evaluación oral limitada	$0.00
D0145	Evaluación oral para menores de 3 años	$0.00
D0150	Evaluación oral integral	$0.00
D0160	Evaluación oral enfocada en un problema	$0.00
D0170	Reevaluación limitada, enfocada en un problema	$0.00
D0171	Reevaluación, consulta posoperatoria	$0.00
D0180	Evaluación periodontal integral	$0.00
D0210	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas (1 de D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709 cada 36 meses)	$0.00
D0220	Intraoral: periapical, primera imagen radiográfica	$0.00
D0230	Intraoral: periapical, cada imagen radiográfica adicional	$0.00
D0240	Intraoral: imagen radiográfica oclusal	$0.00
D0250	Extraoral: imagen radiográfica de proyección 2D, fuente de radiación fija	$0.00
D0251	Extraoral - imagen radiográfica dental posterior	$0.00
D0270	Radiografía de mordida: una sola imagen radiográfica	$0.00
D0272	Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas	$0.00
D0273	Radiografías de mordida: tres imágenes radiográficas	$0.00
D0274	Radiografías de mordida: cuatro imágenes radiográficas	$0.00
D0277	Radiografías de mordida verticales: de 7 a 8 imágenes radiográficas	$0.00
D0330	Imagen radiográfica panorámica (1 de D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709 cada 36 meses)	$0.00
D0372	Tomosíntesis intraoral, serie completa de imágenes radiográficas (1 de D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709 cada 36 meses)	$0.00
D0373	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica de mordida	$0.00
D0374	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica periapical	$0.00
D0387	Tomosíntesis intraoral, serie completa de imágenes radiográficas, solo captura de imagen (1 de D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709 cada 36 meses)	$0.00
D0388	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica de mordida, captura de imagen únicamente	$0.00
D0389	Tomosíntesis intraoral: imagen radiográfica periapical, captura de imagen únicamente	$0.00
D0396	Impresión 3D de un escaneado 3D de la superficie dental	$0.00
D0414	Proceso de laboratorio de muestra microbiana, cultivo, sensibilidad, preparación, informe	$0.00
D0415	Obtención de microorganismos para cultivo	$0.00
D0425	Pruebas de propensión a las caries	$0.00
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	$0.00
D0461	Prueba de diente fisurado	$0.00
D0470	Moldes de diagnóstico	$0.00
D0472	Recolección de tejido, examen macroscópico, preparación e informe	$0.00
D0474	Recolección de tejido, examen macroscópico/ microscópico, informe	$0.00
D0701	Imagen radiográfica panorámica, solo captura de imagen (1 de D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709 cada 36 meses)	$0.00
D0705	Extraoral: imagen radiográfica dental posterior, captura de imagen únicamente	$0.00
D0706	Intraoral: imagen radiográfica oclusal, captura de imagen únicamente	$0.00
D0707	Intraoral: imagen radiográfica periapical, captura de imagen únicamente	$0.00
D0708	Intraoral: imagen radiográfica de mordida, captura de imagen únicamente	$0.00
D0709	Intraoral, serie completa de imágenes radiográficas, solo captura de imágenes (1 de D0210, D0330, D0372, D0387, D0701, D0709 cada 36 meses)	$0.00

Servicios Preventivos		El afiliado paga
D1110	Profilaxis, adultos	$0.00
	Profilaxis, adulto (profilaxis adicional) (1 de D1110, D1120, D4346 cada 6 meses)	$45.00
D1120	Profilaxis, niños	$0.00
	Profilaxis, niños (profilaxis adicional)	$35.00
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor (1 de D1206, D1208 cada 6 meses, D1208 adicional cubierto hasta que la persona cumple 18 años - se aplica un copago)	$0.00
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye barniz	$0.00
	hasta que la persona cumple 18 años (flúor adicional); (1 de D1206, D1208 cada 6 meses, D1208 adicional cubierto hasta que la persona cumple 18 años - se aplica copago)	$10.00
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	$0.00
D1320	Asesoramiento sobre tabaco, control/prevención de enfermedades orales	$0.00
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, del comportamiento y general asociados con el uso de sustancias de alto riesgo	$0.00
D1330	Instrucciones para la higiene oral	$0.00
D1351	Sellador, por diente (1 de D1351 por diente cada 36 meses, limitado al primer y segundo molar, para hijos dependientes hasta que cumplen 14 años de edad)	$5.00
D1353	Reparación de sellador, por diente (1 de D1353 por diente cada 36 meses, limitado al primer y segundo molar, para hijos dependientes hasta que cumplen 14 años de edad)	$0.00
D1510	Mantenedor de espacio: fijo, unilateral, por cuadrante	$15.00
D1516	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, maxilar	$15.00
D1517	Mantenedor de espacio: fijo, bilateral, mandibular	$15.00
D1520	Mantenedor de espacio: removible, unilateral, por cuadrante	$15.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D1526	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, maxilar	$15.00
D1527	Mantenedor de espacio: removible, bilateral, mandibular	$15.00
D1551	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral: maxilar	$5.00
D1552	Recementado o refijación de mantenedor de espacio bilateral: mandibular	$5.00
D1553	Recementado o refijación de mantenedor de espacio unilateral: por cuadrante	$5.00
D1556	Retiro de mantenedor de espacio fijo unilateral: por cuadrante	$5.00
D1557	Retiro de mantenedor de espacio fijo bilateral: maxilar	$5.00
D1558	Retiro de mantenedor de espacio fijo bilateral: mandibular	$5.00
D1575	Mantenedor de espacio zapatilla distal, fijo, por cuadrante	$15.00

Servicios de restauración — El afiliado paga

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

1. **Las restauraciones con productos de marca** (por ejemplo, Sunrise, Captek, Vitadur-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) se pueden considerar procedimientos mejorados opcionales si los códigos de procedimiento de la terminología odontológica actual (CDT, por sus siglas en inglés) relacionados no se detallan entre los beneficios cubiertos.
2. **Beneficios para dientes anteriores y bicúspides:** Las coronas de resina, porcelana y resina a metal básico o porcelana a metal básico son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
3. **Beneficios para molares:** Las restauraciones con metal básico moldeado son beneficios cubiertos para molares. Los compuestos a base de resina y las coronas de porcelana/cerámica no son beneficios cubiertos para molares. Todas las coronas de resina a metal o porcelana a metal pueden considerarse procedimientos mejorados opcionales. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
4. **El metal básico es el beneficio.** Si se elige, es posible que el afiliado deba pagar costos adicionales de laboratorio por a) metal noble, b) metal muy noble o c) titanio.
5. **Frecuencia:** Para los códigos D2140 a D2394 (no se paga en un plazo de 12 meses a partir del empaste inicial si es realizado por el mismo proveedor o consultorio). Para los códigos D2510 a D2794 (1 de D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6252, D6545-D6792, D6794 por diente cada 5 años, cubierto para afiliados de 16 años de edad o mayores).

D2140	Amalgama: una superficie, diente primario o permanente	$0.00
D2150	Amalgama: dos superficies, diente primario o permanente	$0.00
D2160	Amalgama: tres superficies, diente primario o permanente	$0.00
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, diente primario o permanente	$0.00
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	$0.00
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior	$0.00
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior	$0.00
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro superficies o más	$0.00
D2390	Corona de compuesto a base de resina: anterior	$20.00
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	$45.00
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior	$50.00
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior	$60.00
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posterior	$75.00
D2510	Incrustación inlay: metálica, una superficie	$80.00
D2520	Incrustación inlay: metálica, dos superficies	$85.00
D2530	Incrustación inlay: metálica, tres superficies o más	$90.00
D2542	Incrustación onlay: metálica, dos superficies	$90.00
D2543	Incrustación onlay: metálica, tres superficies	$95.00
D2544	Incrustación onlay: metálica, cuatro superficies o más	$100.00
D2610	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, una superficie	$80.00*
D2620	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$85.00*
D2630	Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$90.00*
D2642	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, dos superficies	$95.00*
D2643	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, tres superficies	$100.00*
D2644	Incrustación onlay: porcelana/cerámica, cuatro superficies o más	$110.00*
D2650	Incrustación inlay: compuesto a base de resina, una superficie	$80.00*
D2651	Incrustación inlay: compuesto a base de resina, dos superficies	$85.00*
D2652	Incrustación inlay: compuesto a base de resina, tres superficies o más	$90.00*
D2662	Incrustación onlay: compuesto a base de resina, dos superficies	$90.00*
D2663	Incrustación onlay: compuesto a base de resina, tres superficies	$95.00*
D2664	Incrustación onlay: compuesto a base de resina, cuatro superficies o más	$100.00*
D2710	Corona, compuesto a base de resina (indirecto)	$60.00*
D2712	Corona, 3/4 de compuesto a base de resina (indirecto)	$60.00*
D2720	Corona, resina con metal muy noble	$70.00*
D2721	Corona, resina con metal predominantemente básico	$70.00*
D2722	Corona, resina con metal noble	$70.00*
D2740	Corona, porcelana/cerámica	$70.00*
D2750	Corona, porcelana fusionada con metal muy noble	$70.00*
D2751	Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$70.00*
D2752	Corona, porcelana fusionada con metal noble	$70.00*
D2753	Corona, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$70.00*
D2780	Corona, 3/4 de metal muy noble colado	$70.00*
D2781	Corona, 3/4 de metal predominantemente básico colado	$70.00
D2782	Corona, 3/4 de metal noble colado	$70.00*
D2783	Corona, 3/4 de porcelana/cerámica	$70.00*
D2790	Corona, metal muy noble completamente colado	$70.00*
D2791	Corona, metal predominantemente básico completamente colado	$70.00
D2792	Corona, metal noble completamente colado	$70.00*

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	$70.00*
D2799	Corona provisional	$40.00
D2910	Recementado o refijación de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla o cobertura parcial	$0.00
D2915	Recementado o refijación de poste y muñón fabricados indirectamente/prefabricados	$0.00
D2920	Recementado o refijación de corona	$0.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente permanente	$0.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente primario	$0.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	$15.00
D2932	Corona prefabricada de resina	$10.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	$5.00
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético, diente primario	$5.00
D2940	Colocación de restauración directa provisional	$0.00
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidos los pernos cuando se requiera	$10.00
D2951	Retención de pernos, por diente, además de la restauración	$10.00
D2952	Poste y muñón además de la corona, de fabricación indirecta	$20.00
D2953	Cada poste adicional de fabricación indirecta, mismo diente	$20.00
D2954	Poste y muñón prefabricados, además de la corona	$20.00
D2955	Extracción del poste	$10.00
D2956	Extracción de una restauración indirecta en un diente natural (se incluye con D2510-D2799, D2910, D2915, D2920, D2921-D2934, D2960-D2962. 1 por diente cada 5 años, cubierto para afiliados de 16 años de edad o mayores)	$0.00
D2957	Cada poste prefabricado adicional, mismo diente	$10.00
D2960	Carilla labial (laminado de resina), directa (1 de D2510-D2794, D2960 - D2962, D6205 - D6252, D6545-D6792, D6794 por diente cada 5 años, cubierto para afiliados de 16 años de edad o mayores)	$200.00
D2961	Carilla labial (laminado de resina), indirecta (1 de D2510-D2794, D2960 - D2962, D6205 - D6252, D6545-D6792, D6794 por diente cada 5 años, cubierto para afiliados de 16 años de edad o mayores)	$300.00
D2962	Carilla labial (laminado de porcelana), indirecta (1 de D2510- D2794, D2960 - D2962, D6205 - D6252, D6545-D6792, D6794 por diente cada 5 años, cubierto para afiliados de 16 años de edad o mayores)	$350.00
D2971	Procedimiento adicional para personalizar la nueva corona, estructura de dentadura parcial existente	$20.00
D2976	Estabilización con banda, por diente (incluido con D2160, D2161, D2393, D2394)	$0.00
D2980	Reparación de corona debido a falla del material de restauración	$15.00

Servicios de endodoncia		El afiliado paga
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (no incluye restauración final)	$0.00
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye restauración final)	$0.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final)	$0.00
D3221	Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes	$10.00
D3230	Terapia pulpar, diente primario anterior (no incluye restauración final)	$5.00
D3240	Terapia pulpar, diente primario posterior (no incluye restauración final)	$10.00
D3310	Tratamiento endodóntico – diente anterior (no incluye restauración final)	$40.00
D3320	Tratamiento endodóntico – diente premolar (no incluye restauración final)	$80.00
D3330	Tratamiento endodóntico – diente molar (no incluye restauración final)	$100.00
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto radicular: acceso no quirúrgico	$50.00
D3332	Terapia endodóntica incompleta: diente fracturado que no se puede operar ni restaurar	$45.00
D3333	Reparación interna de defectos por perforaciones en la raíz del diente	$55.00
D3346	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: anterior	$50.00
D3347	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: premolar	$90.00
D3348	Repetición de tratamiento de conducto radicular previo: molar	$150.00
D3351	Apexificación/recalcificación, consulta inicial	$65.00
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicamento provisional	$55.00
D3353	Apexificación/recalcificación, consulta final	$50.00
D3410	Apicectomía: anterior	$50.00
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	$50.00
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	$50.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$20.00
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	$15.00
D3450	Amputación radicular, por raíz	$50.00
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislar un diente con dique de goma	$20.00
D3920	Hemisección, no incluye terapia del conducto radicular	$90.00
D3950	Preparación de conducto y ajuste de soporte o poste prefabricado	$0.00

Servicios periodontales		El afiliado paga
PAUTA: Frecuencia para los códigos D4210 - D4285 (1 de D4210 - D4285 por sitio/cuadrante cada 36 meses)		
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia: cuatro o más dientes, por cuadrante	$40.00
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia: de uno a tres dientes, por cuadrante	$16.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia: procedimiento restaurador, por diente	$0.00
D4240	Procedimiento de colgajo gingival: cuatro o más dientes, por cuadrante	$85.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival: de uno a tres dientes por cuadrante	$85.00
D4245	Colgajo de reposición apical	$96.00
D4249	Alargamiento clínico de corona, tejido duro	$130.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D4260	Cirugía ósea: cuatro o más dientes por cuadrante	$200.00
D4261	Cirugía ósea: de uno a tres dientes, por cuadrante	$100.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, primer sitio del cuadrante	$75.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional	$40.00
D4265	Materiales biológicos para facilitar la regeneración de tejido óseo blando - por sitio	$95.00
D4266	Regeneración tisular guiada: dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio	$230.00
D4267	Regeneración tisular guiada: dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio	$275.00
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	$135.00
D4273	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo: primer diente	$350.00
D4274	Procedimiento de acuñamiento mesial/distal: diente individual	$90.00
D4275	Injerto no autógeno de tejido conectivo: primer diente	$380.00
D4277	Injerto de tejido blando libre: primer diente	$135.00
D4278	Injerto de tejido blando libre: cada diente adicional	$135.00
D4283	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo: cada diente adicional, por sitio	$350.00
D4285	Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo: cada diente adicional, por sitio	$380.00
D4286	Extracción de barrera no reabsorbible (incluido con D4267 y no se paga si no hay antecedentes de D4267 realizado en el mismo diente)	$0.00
D4322	Férula: intracoronal, dientes naturales o coronas protésicas	$45.00
D4323	Férula: extracoronal, dientes naturales o coronas protésicas	$45.00
PAUTA: No se permiten más de dos (2) cuadrantes de alisado y raspado radicular periodontal por cita/por día.		
D4341	Alisado y raspado radicular periodontal, cuatro o más dientes por cuadrante (1 de D4341, D4342 por sitio/cuadrante cada 24 meses)	$20.00
D4342	Alisado y raspado radicular periodontal, uno a tres dientes por cuadrante (1 de D4341, D4342 por sitio/cuadrante cada 24 meses)	$10.00
D4346	Raspado en presencia de inflamación moderada a grave, boca completa después de la evaluación (1 de D1110, D1120, D4346 cada 6 meses)	$0.00
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal integral, consulta posterior (1 de D4355 cada 24 meses)	$20.00
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos/por diente	$15.00
D4910	Mantenimiento periodontal	$35.00
D4920	Cambio no programado de apósito (a cargo de una persona distinta del dentista tratante o su personal)	$0.00

Servicios de prostodoncia removible		**El afiliado paga**
PAUTA: (1 de D5110-D5283, D5877, D5878 por arco cada 5 años, si el aparato no se puede hacer funcional mediante revestimiento o reparación) (2 de D5730-D5761 por arco cada 12 meses) (1 de D5810-D5821 por arco cada 5 años)		
D5110	Dentadura postiza maxilar completa	$120.00
D5120	Dentadura postiza mandibular completa	$120.00
D5130	Dentadura postiza maxilar inmediata	$120.00
D5140	Dentadura postiza mandibular inmediata	$120.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, a base de resina	$110.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, a base de resina	$110.00
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal colado, base de resina	$150.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal colado, base de resina	$150.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar de inmediato, base de resina	$110.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular de inmediato, base de resina	$110.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar de inmediato, estructura de metal colado, base de dentadura postiza de resina	$150.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular de inmediato, estructura de metal colado, base de dentadura postiza de resina	$150.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible	$150.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible	$150.00
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar de inmediato, base flexible	$150.00
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular de inmediato, base flexible	$150.00
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral removible, metal colado de una pieza, maxilar	$105.00
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral removible, metal colado de una pieza, mandibular	$105.00
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral removible, base flexible de una pieza, por cuadrante (1 de D5284, D5286 por sitio cada 5 años, si el aparato no se puede hacer funcional mediante revestimiento o reparación)	$105.00
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral removible, resina de una pieza, por cuadrante (1 de D5284, D5286 por sitio cada 5 años, si el aparato no se puede hacer funcional mediante revestimiento o reparación)	$105.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	$0.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	$0.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	$0.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	$0.00
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	$0.00
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	$0.00
D5520	Reemplazo de diente faltante o roto - dentadura postiza completa - por diente	$5.00
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	$0.00
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	$0.00
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	$0.00
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	$0.00
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de retención o enganche rotos, por diente	$5.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D5640	Reemplazo de diente faltante o roto: dentadura postiza parcial, por diente	$5.00
D5650	Adición de diente a dentadura postiza parcial existente, por diente	$5.00
D5660	Adición de retenedor a dentadura postiza parcial existente, por diente	$5.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal colado, maxilar	$88.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico en estructura de metal colado, mandibular	$88.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	$35.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	$35.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	$35.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	$35.00
D5725	Rebasado de prótesis híbridas	$35.00
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa, directo	$0.00
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa, directo	$0.00
D5740	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar, directo	$0.00
D5741	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular, directo	$0.00
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa, indirecto	$30.00
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa, indirecto	$30.00
D5760	Revestimiento de dentadura postiza parcial maxilar, indirecto	$30.00
D5761	Revestimiento de dentadura postiza parcial mandibular, indirecto	$30.00
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial, indirecto	$0.00
D5810	Dentadura postiza completa provisional, maxilar	$88.00
D5811	Dentadura postiza completa provisional, mandibular	$88.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional, maxilar	$20.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional, mandibular	$20.00
D5851	Acondicionamiento del tejido mandibular	$0.00
D5850	Acondicionamiento del tejido maxilar	$0.00
D5877	Duplicación de dentadura postiza completa - maxilar (1 de D5110-D5283, D5877, D5878 por arco cada 5 años, si el aparato no se puede hacer funcional mediante revestimiento o reparación)	$120.00
D5878	Duplicación de dentadura postiza completa - mandibular (1 de D5110-D5283, D5877, D5878 por arco cada 5 años, si el aparato no se puede hacer funcional mediante revestimiento o reparación)	$120.00

Servicios de implantes		**El afiliado paga**
PAUTA: Los implantes y todos los servicios asociados con implantes se detallan con la cantidad del copago del afiliado real. No se permiten cargos adicionales por porcelana, metales nobles, metales muy nobles o titanio para implantes y procedimientos asociados con implantes.		
D6010	Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, intraóseo	$2,000.00
D6049	Raspado y desbridamiento de un solo implante en presencia de inflamación por periimplantitis, sangrado en el sondaje y aumento de la profundidad de la bolsa; incluye limpieza de las superficies del implante, sin entrada de colgajo ni cierre (1 de D6049, D6081, D6180 por implante cada 12 meses)	$0.00
D6056	Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación	$210.00
D6058	Corona de porcelana/cerámica sostenida por soporte	$1,110.00
D6059	Corona de porcelana fusionada con metal muy noble sostenida por soporte	$1,096.00
D6060	Corona de porcelana fusionada con metal básico sostenida por soporte	$1,035.00
D6061	Corona de porcelana fusionada con metal noble sostenida por soporte	$1,056.00
D6062	Corona de metal colado sostenida por soporte, metal muy noble	$1,003.00
D6063	Corona de metal colado sostenida por soporte, metal básico	$861.00
D6064	Corona de metal colado sostenida por soporte, metal noble	$912.00
D6065	Corona de porcelana/cerámica sostenida por implante	$1,040.00
D6066	Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones de metal muy noble	$1,013.00
D6067	Corona sostenida por implante, aleaciones de metal muy noble	$984.00
D6068	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	$1,110.00
D6069	Retenedor sostenido por soporte, para dentadura postiza parcial fija de metal, metal muy noble	$1,096.00
D6070	Retenedor sostenido por soporte, dentadura postiza parcial fija de porcelana fusionada con metal, metal básico	$1,035.00
D6071	Retenedor sostenido por soporte, dentadura postiza parcial fija de porcelana fusionada con metal, metal noble	$1,056.00
D6072	Retenedor sostenido por soporte, dentadura postiza parcial fija de metal colado, metal muy noble	$1,028.00
D6073	Retenedor sostenido por soporte, dentadura postiza parcial fija de metal colado, metal básico	$930.00
D6074	Retenedor sostenido por soporte, dentadura postiza parcial fija de metal colado, metal noble	$1,005.00
D6075	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	$1,092.00
D6076	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija, porcelana fusionada con aleaciones de metal muy noble	$1,064.00
D6077	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, aleaciones de metal muy noble	$984.00
D6081	Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante (1 de D6049, D6081, D6180 por implante cada 12 meses)	$0.00
D6082	Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones de metal predominantemente básico	$984.00
D6083	Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones de metal noble	$984.00
D6084	Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$984.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D6085	Corona provisional sobre implante	$40.00
D6086	Corona sostenida por implante, aleaciones de metal predominantemente básico	$984.00
D6087	Corona sostenida por implante, aleaciones de metal noble	$984.00
D6088	Corona sostenida por implante, titanio y aleaciones de titanio	$984.00
D6089	Acceso y reajuste de tornillos flojos de implantes, por tornillo (incluido con D6096)	$0.00
D6092	Recementado o refijación de corona sostenida por implante/soporte	$45.00
D6093	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija sostenida por implante/soporte	$65.00
D6094	Corona sostenida por soporte, titanio y aleaciones de titanio	$670.00
D6096	Retiro de tornillo de retención de implante roto	$75.00
D6097	Corona sostenida por soporte, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$984.00
D6098	Retenedor sostenido por implante, porcelana fusionada con aleaciones de metal predominantemente básico	$984.00
D6099	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija, porcelana fusionada con aleaciones de metal noble	$984.00
D6105	Extracción del cuerpo del implante que no requiere extracción ósea ni elevación del colgajo	$0.00
D6106	Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por implante (1 de D6106, D6107 por sitio cada 36 meses)	$230.00
D6107	Regeneración tisular guiada, barrera no reabsorbible, por implante (1 de D6106, D6107 por sitio cada 36 meses)	$275.00
D6120	Retenedor sostenido por implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$984.00
D6121	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, aleaciones de metal predominantemente básico	$984.00
D6122	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, aleaciones de metal noble	$984.00
D6123	Retenedor sostenido por implante para dentadura postiza parcial fija de metal, titanio y aleaciones de titanio	$984.00
D6180	Procedimientos de mantenimiento de implantes, no se retira una prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza (1 de D6049, D6081, D6180 por implante cada 12 meses)	$0.00
D6194	Corona de anclaje sostenida por soporte para dentadura postiza parcial fija de titanio; titanio y aleaciones de titanio	$670.00
D6195	Retenedor sostenido por soporte, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$984.00
D6196	Eliminación de una restauración indirecta en un soporte sostenido por implante	$0.00
D6197	Sustitución de material de restauración, apertura de acceso cerrado de prótesis sostenida por implante y atornillada, por implante (1 de D6197 cada 6 meses, por implante)	$45.00

Servicios de prostodoncia fija — El afiliado paga

***PAUTAS para puentes fijos e incrustaciones inlay, incrustaciones onlay y coronas:** La cantidad máxima total que se puede cobrar al afiliado por procedimientos mejorados opcionales (explicados más abajo) es de $250.00 por diente.

Los proveedores deben explicar al paciente los beneficios cubiertos, así como las diferencias opcionales en materiales y tarifas antes de proveer un procedimiento mejorado opcional.

1. **Las restauraciones con productos de marca** (por ejemplo, Sunrise, Captek, Vitadur-N, Hi-Ceram, Optec, HSP, In-Ceram, Empress, Cerec, AllCeram, Procera, Lava, etc.) se pueden considerar procedimientos mejorados opcionales si los códigos de procedimiento de la terminología odontológica actual (CDT, por sus siglas en inglés) relacionados no se detallan entre los beneficios cubiertos.
2. **Beneficios para dientes anteriores y bicúspides:** Las coronas de resina, porcelana y resina a metal básico o porcelana a metal básico son beneficios cubiertos para dientes anteriores y bicúspides. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
3. **Beneficios para molares:** Las restauraciones con metal básico moldeado son beneficios cubiertos para molares. Los compuestos a base de resina y las coronas de porcelana/cerámica no son beneficios cubiertos para molares. Todas las coronas de resina a metal o porcelana a metal pueden considerarse procedimientos mejorados opcionales. El agregado de un margen de porcelana puede considerarse un procedimiento mejorado opcional.
4. **El metal básico es el beneficio.** Si se elige, es posible que el afiliado deba pagar costos adicionales de laboratorio por a) metal noble, b) metal muy noble o c) titanio.
5. **Frecuencia:** Para los códigos D6205 a D6252, códigos D6545 a D6792, y código D6794 (1 de D2510-D2794, D2960-D2962, D6205-D6252, D6545-D6792, D6794 por diente cada 5 años, cubierto para afiliados de 16 años de edad o mayores).

D6205	Tramo de puente, compuesto indirecto a base de resina	$60.00*
D6210	Tramo de puente, metal muy noble colado	$70.00*
D6211	Tramo de puente, metal predominantemente básico colado	$70.00
D6212	Tramo de puente, metal noble colado	$70.00*
D6214	Puente fijo de titanio y aleaciones de titanio	$70.00*
D6240	Tramo de puente, porcelana fusionada con metal muy noble	$70.00*
D6241	Tramo de puente, porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$70.00*
D6242	Tramo de puente, porcelana fusionada con metal noble	$70.00*
D6243	Puente fijo, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$70.00*
D6245	Tramo de puente, porcelana/cerámica	$70.00*
D6250	Tramo de puente, resina con metal muy noble	$70.00*
D6251	Tramo de puente, resina con metal predominantemente básico	$70.00*
D6252	Tramo de puente, resina con metal noble	$70.00*
D6253	Puente fijo provisional	$70.00
D6545	Retenedor, metal colado para prótesis fija adherida con resina	$70.00*
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija adherida con resina	$50.00*
D6549	Retenedor de resina para prótesis fija adherida con resina	$50.00
D6600	Incrustación inlay de anclaje: porcelana/cerámica, dos superficies	$90.00*

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D6601	Incrustación inlay de anclaje: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$100.00*
D6602	Incrustación inlay de anclaje: metal muy noble colado, dos superficies	$85.00*
D6603	Incrustación inlay de anclaje: metal muy noble colado, tres superficies o más	$90.00*
D6604	Incrustación inlay de anclaje: metal básico colado, dos superficies	$85.00
D6605	Incrustación inlay de anclaje: metal básico colado, tres superficies o más	$85.00
D6606	Incrustación inlay de anclaje: metal noble colado, dos superficies	$60.00*
D6607	Incrustación inlay de anclaje: metal noble colado, tres superficies o más	$85.00*
D6608	Incrustación onlay de anclaje: porcelana/cerámica, dos superficies	$100.00*
D6609	Incrustación onlay de anclaje: porcelana/cerámica, tres superficies o más	$105.00*
D6610	Incrustación onlay de anclaje: metal muy noble colado, dos superficies	$100.00*
D6611	Incrustación onlay de anclaje: metal muy noble colado, tres superficies o más	$100.00*
D6612	Incrustación onlay de anclaje: metal básico colado, dos superficies	$90.00
D6613	Incrustación onlay de anclaje: metal básico colado, tres superficies o más	$95.00
D6614	Incrustación onlay de anclaje: metal noble colado, dos superficies	$90.00*
D6615	Incrustación onlay de anclaje: metal noble colado, tres superficies o más	$95.00*
D6624	Incrustación inlay de anclaje: titanio	$95.00*
D6634	Incrustación onlay de anclaje: titanio	$95.00*
D6710	Corona de anclaje, compuesto indirecto a base de resina	$60.00*
D6720	Corona de anclaje, resina con metal muy noble	$70.00*
D6721	Corona de anclaje, resina con metal predominantemente básico	$70.00*
D6722	Corona de anclaje, resina con metal noble	$70.00*
D6740	Corona de anclaje, porcelana/cerámica	$70.00*
D6750	Corona de anclaje, porcelana fusionada con metal muy noble	$70.00*
D6751	Corona de anclaje, porcelana fusionada con metal predominantemente básico	$70.00*
D6752	Corona de anclaje, porcelana fusionada con metal noble	$70.00*
D6753	Corona de anclaje, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio	$70.00*
D6780	Corona de anclaje, 3/4 de metal muy noble colado	$70.00*
D6781	Corona de anclaje, 3/4 de metal predominantemente básico colado	$70.00
D6782	Corona de anclaje, 3/4 de metal noble colado	$70.00*
D6783	Corona de anclaje, 3/4 de porcelana/cerámica	$70.00*
D6784	Corona de anclaje, 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	$70.00*
D6790	Corona de anclaje, metal muy noble completamente colado	$70.00*
D6791	Corona de anclaje, metal predominantemente básico completamente colado	$70.00
D6792	Corona de anclaje, metal noble completamente colado	$70.00*
D6793	Corona de anclaje provisional	$40.00
D6794	Corona de anclaje, titanio y aleaciones de titanio	$70.00*
D6930	Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija	$0.00
D6940	Rompefuerza	$10.00
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, falla del material de restauración	$15.00

Servicios orales y maxilofaciales		El afiliado paga
D7111	Extracción, remanentes coronarios, diente primario	$0.00
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	$0.00
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere extracción de hueso o seccionamiento del diente	$15.00
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	$45.00
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente osificado	$55.00
D7240	Extracción de diente impactado, totalmente osificado	$80.00
D7241	Extracción de diente impactado, completamente osificado, complicación	$130.00
D7250	Extracción de raíces residuales de dientes (procedimiento por incisión)	$40.00
D7259	Disección de nervio (1 de D7259 por diente de por vida; limitado a los dientes nº 17 y nº 32. Incluido con D7241. Debe ser realizado por un cirujano oral certificado)	$0.00
D7261	Cierre primario de perforación sinusal	$95.00
D7270	Reimplante/estabilización de diente, accidente	$55.00
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	$95.00
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal posicionado	$30.00
D7283	Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de diente impactado	$30.00
D7285	Biopsia incisional de tejido oral: duro (hueso, diente)	$0.00
D7286	Biopsia incisional de tejido oral: blando	$0.00
D7287	Obtención de muestra para estudio citológico de escamación	$10.00
D7288	Biopsia por cepillado: obtención de muestra transepitelial	$10.00
D7310	Alveoloplastia con extracciones: cuatro o más dientes por cuadrante	$30.00
D7311	Alveoloplastia con extracciones: de uno a tres dientes por cuadrante	$30.00
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes por cuadrante	$35.00
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes por cuadrante	$50.00
D7340	Vestibuloplastia, extensión de cresta (2da epitelialización)	$40.00
D7350	Vestibuloplastia, extensión de cresta	$55.00
D7450	Extirpación, quiste/tumor odontogénico benigno, hasta 1.25 cm	$45.00
D7451	Extracción, quiste/tumor odontogénico benigno, más de 1.25 cm	$90.00
D7460	Extirpación, quiste/tumor no odontogénico benigno, hasta 1.25 cm	$50.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D7461	Extirpación, quiste/tumor no odontogénico benigno, más de 1.25 cm	$70.00
D7471	Extracción de exostosis lateral, maxilar o mandibular	$55.00
D7472	Extirpación del torus palatino	$40.00
D7473	Extirpación del torus mandibularis	$40.00
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	$30.00
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	$0.00
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intraoral	$5.00
D7511	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral, complicado	$10.00
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral	$5.00
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extraoral, complicado	$8.00
D7530	Extracción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido	$10.00
D7560	Sinusotomía maxilar para remoción de fragmento de diente o cuerpo extraño	$25.00
D7922	Colocación de apósito biológico intracavidad para ayudar en la hemostasis o la formación de coágulos, estabilización, por sitio	$0.00
D7956	Regeneración tisular guiada, área desdentada, barrera reabsorbible, por sitio (1 de D7956, D7957 por sitio cada 36 meses)	$230.00
D7957	Regeneración tisular guiada, área desdentada, barrera no reabsorbible, por sitio (1 de D7956, D7957 por sitio cada 36 meses)	$275.00
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	$0.00
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	$0.00
D7963	Frenuloplastia	$0.00
D7970	Escisión de tejido hiperplástico, por arco	$40.00
D7971	Escisión de encía pericoronal	$30.00
D7993	Colocación quirúrgica de implante craneofacial: extraoral	$2,000.00
D7994	Colocación quirúrgica: implante cigomático	$2,000.00

Servicios generales complementarios		El afiliado paga
D9110	Tratamiento paliativo de dolor dental, por consulta	$5.00
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	$0.00
D9210	Anestesia local sin procedimientos operativos o quirúrgicos	$0.00
D9211	Anestesia por bloqueo regional	$0.00
D9212	Anestesia por bloqueo de división del nervio trigémino	$0.00
D9215	Anestesia local asociada a procedimientos operativos o quirúrgicos	$0.00
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	$0.00

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

D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$100.00**
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general, cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$100.00**
D9224	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$100.00**
D9225	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$100.00**
D9230	Administración de óxido nitroso	$15.00
D9239	Administración de sedación moderada, intravenosa, primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$70.00**
D9243	Administración de sedación moderada, intravenosa, cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$70.00**
D9244	Administración de sedación mínima en el consultorio, un solo medicamento, enteral	$100.00
D9245	Administración de sedación moderada, enteral	$100.00
D9246	Administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$100.00
D9247	Administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier porción de dicho incremento	$0.00
D9310	Consultas, que no sean del dentista que lo solicita	$0.00
D9311	Consulta con profesional de cuidado de la salud	$0.00
D9430	Visita al consultorio para observación, horario de atención regular, sin otros servicios	$0.00
D9440	Visita al consultorio, después del horario regular programado	$25.00
D9450	Presentación de caso, planificación posterior detallada y exhaustiva del tratamiento	$0.00
D9630	Fármacos o medicamentos despachados en el consultorio para uso doméstico	$15.00
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	$0.00
D9911	Aplicación de resina desensibilizante para superficie cervical o radicular, por diente	$0.00
D9912	Evaluación del paciente antes de la consulta	$0.00
D9930	Tratamiento de complicaciones, posquirúrgicas, inusuales mediante informe	$0.00
D9942	Reparación y/o revestimiento de protector oclusal	$40.00
D9944	Protección de oclusión: aparato duro, arco completo	$100.00
D9945	Protección de oclusión: aparato blando, arco completo	$100.00
D9946	Protección de oclusión: aparato duro, arco parcial	$100.00
D9950	Análisis oclusal, caso montado	$0.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado	$10.00
D9952	Ajuste oclusal, completo	$10.00
D9971	Odontoplastia, por diente	$5.00
D9972	Blanqueamiento externo: por arco, realizado en el consultorio	$175.00
D9986	Cita incumplida	$10.00

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

D9987	Cita cancelada	$0.00
D9991	Administración de casos dentales: abordaje de barreras para el cumplimiento de citas	$0.00
D9992	Administración de casos dentales: coordinación del cuidado	$0.00
D9993	Administración de casos dentales: entrevista motivacional	$0.00
D9994	Administración de casos dentales: educación del paciente para mejorar los conocimientos sobre la salud oral	$0.00
D9997	Administración de casos dentales: pacientes con necesidades de cuidado de la salud especiales	$0.00
	Visita al consultorio, cada visita	$0.00

Servicios de ortodoncia		El afiliado paga
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D: medición y análisis	$100.00
D0396	Impresión 3D de un escaneado 3D de la superficie dental	$75.00
D0470	Moldes de diagnóstico	$75.00
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2D: captura de imagen únicamente	$100.00
D9310	Consultas, que no sean del dentista que lo solicita	$0.00
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes primarios	$1,300.00
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes transitorios	$1,300.00
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adolescentes	$1,300.00
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de dientes de adultos	$1,300.00
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes transitorios	$1,550.00
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adolescentes	$1,550.00
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de dientes de adultos	$1,695.00
D8091	Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática	$1,550.00
D8210	Terapia con aparato removible	$350.00
D8220	Terapia con aparato fijo	$350.00
D8660	Exploración previa al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	$0.00
D8670	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia	$0.00
D8671	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia asociada a cirugía ortognática	$0.00
D8680	Retención en ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedor[es])	$250.00
D9986	Cita incumplida	$20.00
D9987	Cita cancelada	$0.00

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

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

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

Limitaciones
1. Las coronas fabricadas, las incrustaciones onlay y las incrustaciones inlay pueden estar cubiertas cuando un diente con buen pronóstico requiere restauración, pero no tiene suficiente estructura restante como para retener una amalgama en forma segura. La cobertura para estos procedimientos está limitada a afiliados de 16 años de edad o mayores.
2. No están cubiertos los procedimientos que no tienen buen pronóstico según lo determine un asesor odontológico registrado de Liberty.
3. La administración localizada de agentes antimicrobianos puede estar cubierta de 4 a 6 semanas después del alisado y raspado radicular como procedimiento complementario para 2 sitios que no responden en un cuadrante con bolsa de 5 mm o más de inflamación.
4. Para planes de tratamiento que incluyen 7 unidades o más de coronas o dentaduras parciales fijas (puentes), los proveedores contratados pueden cobrar un copago adicional de $200 por unidad. En esos casos, las primeras 6 unidades, tal como se describe en la limitación número 7 anteriormente, están cubiertas solo por la cantidad de copago para el afiliado, según se documenta en este Programa de beneficios.
5. Las dentaduras postizas parciales fijas (puentes) están cubiertas cuando: se reemplaza una dentadura postiza parcial fija existente por una equivalente con puentes fijos idénticos y dientes de soporte con buen pronóstico; los dientes de soporte son elegibles para una corona por sí mismos; solo hay un único diente permanente faltante en todo el arco y el puente tendría dientes antagonistas en el arco opuesto.
6. Los referidos pediátricos, si están autorizados por Liberty, están cubiertos solo para hijos dependientes hasta los 6 años de edad, salvo que el niño sea elegible conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

Exclusiones
1. Todo procedimiento que no se detalle específicamente como beneficio cubierto.
2. Reemplazo de prótesis o aparatos extraviados o robados, entre ellos dentaduras postizas parciales, dentaduras postizas completas y aparatos de ortodoncia.
3. Anestesia general, analgesia, sedación intravenosa/intramuscular o los servicios de un anestesista que no se detallan en el Programa de beneficios (**).
4. Tratamientos empezados antes del inicio de la cobertura o después de la finalización de la misma.
5. Procedimientos, aparatos o restauraciones para el tratamiento de disfunciones de la articulación temporomandibular (por ejemplo, ajustes/correcciones de huesos faciales), trastornos congénitos o del desarrollo (incluida hiperdontia) o trastornos dentales inducidos médicamente, entre ellos: tratamiento miofuncional (por ejemplo, terapia del habla) o disfunciones músculoesqueléticas, a menos que estén cubiertos como un beneficio de ortodoncia.
6. Servicios con fines cosméticos o para afecciones causadas por defectos hereditarios del desarrollo, tales como paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, falta congénita de dientes y dientes con falta de pigmentación o esmalte.
7. Procedimientos que se determine que no son necesarios por razones odontológicas de acuerdo con los estándares reconocidos profesionalmente de la práctica odontológica.
8. Procedimientos realizados en dientes naturales solo para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión.
9. Servicios prestados fuera del consultorio dental asignado, a menos que estén autorizados expresamente por Liberty Dental Plan, o a menos que estén descritos y cubiertos en la sección "Cuidado dental de emergencia" de la Evidencia de cobertura.
10. La extracción de terceros molares (u otros dientes) asintomáticos y no erupcionados que parecen tener una salida sin obstáculos para erupcionar y no tienen una patología activa.
11. Procedimientos o aparatos provistos por un dentista que se especializa en servicios de prostodoncia.
12. Servicios de restauración de la estructura dental perdida por desgaste (abrasión, erosión, desgaste o abfracción), de reconstrucción de la oclusión o de mantenimiento de superficies o dientes de masticación que están desalineados o para estabilizar dientes. Ejemplos de tales tratamientos son la equilibración y la ferulización periodontal.
13. Los servicios dentales rutinarios realizados por un dentista o especialista dental en un hospital para pacientes internados o ambulatorios.
14. Consultas por servicios no cubiertos.

Current Dental Terminology © 2026 American Dental Association. Todos los derechos reservados.

Aviso de no discriminación. Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por su raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. Humana Inc. proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y recursos y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, así como servicios gratuitos de asistencia lingüística a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, incluidos intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos.

Si necesita modificaciones razonables, recursos auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con Humana Inc. y sus subsidiarias en **877-320-1235 (TTY: 711)**. Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Si usted cree que Humana Inc. no le ha prestado estos servicios o lo ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja formal en persona o por correo postal o electrónico a la atención del coordinador de no discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **877-320-1235 (TTY: 711)**, o **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de no discriminación de Humana Inc. puede ayudarlo.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Afiliados o residentes de California: También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California): **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711). Horario de atención: de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Humana Inc. y sus subsidiarias proporcionan recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 **(Korean)** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Polski (Polish) Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

Italiano (Italian) Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

فارسی (Farsi): برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

հայերեն (Armenian): Զանգահարեք վերը նշված հեռախոսահամարով՝ անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ ստանալու համար:

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

Estos avisos están disponibles en **es-www.humana.com/legal/non-discrimination-disclosure** y **es-www.humana.com/legal/multi-language-support**.

11/2024