



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Gasto máximo de bolsillo familiar: \$5,500 por el año calendario 2027

Gasto máximo de bolsillo familiar: \$11,000 por el 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 derivación a un especialista con Liberty Dental Plan si los servicios cubiertos recomendados son médicamente necesarios y están fuera del ámbito de la odontología general.
- ✓ Este Programa de Beneficios representa los beneficios de dentales pediátricos del plan HMO cubiertos como parte de su Plan de Salud ofrecido a través de CalOptima Health. Cualquier copago para servicios dentales cubiertos se acumulará para el gasto máximo de bolsillo del plan de salud por año calendar plan (que se muestra arriba como referencia). Para verificar su límite máximo de gastos de bolsillo, puede consultar el libro de Evidencia de Cobertura de su plan de salud, visitar el sitio web de su plan de salud en www.caloptima.com o llamar a Servicios para Miembros al 1.888.312.2221 (número gratuito).
- ✓ Una vez que sus gastos de bolsillo para todos los servicios médicos y dentales cubiertos alcancen el máximo gasto de bolsillo combinado, no se le podrá cobrar por servicios dentales cubiertos que reciba durante el resto del año calendario. Se pagará al consultorio dental contratado por Liberty Dental Plan por los servicios cubiertos como si estuviera contratado directamente por Liberty. Los cargos por servicios opcionales o no cubiertos no se incluyen en el cálculo del máximo gasto de bolsillo combinado, y usted seguirá siendo económicamente responsable. En un plan con dos o más miembros, no se le puede cobrar al primer miembro de la familia que alcance el máximo gasto de bolsillo individual por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. El máximo gasto de bolsillo familiar se alcanza combinando los gastos elegibles de dos o más miembros de la familia cubiertos.
- ✓ Los copagos del miembro deben pagarse en el consultorio dental en el momento de la prestación de los servicios.
- ✓ Este Programa de beneficios no garantiza los beneficios. Todos los servicios están sujetos a elegibilidad, exclusiones y limitaciones, y se deben determinar como 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 (EPSDT). La administración de estos modelos de plan debe cumplir con los requisitos del plan de referencia de beneficios esenciales de salud (EHB) en odontología pediátrica, incluida la cobertura de servicios en casos de necesidad médica, tal y como 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	Limitación
Servicios de diagnóstico			
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 integral	sin costo	1 (D0150) por paciente por proveedor para la evaluación inicial
D0160	Evaluación bucal, centrada en un problema	sin costo	1 (D0160) por paciente por proveedor
D0170	Reevaluación, limitada, centrada en un problema	sin costo	hasta 6 de (D0170, D0171) en un período de 3 meses, no más de 12 en 12 meses
D0171	Reevaluación, consulta postoperatoria	sin costo	
D0180	Evaluación periodontal integral	sin costo	solo se facturará como D0150
D0190	Revisión de un paciente	sin cobertura	
D0191	Evaluación de un paciente	sin cobertura	
D0210	Serie de radiografías integrales, 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 intraoral adicional, periapical	sin costo	
D0240	Radiografía intraoral, oclusal	sin costo	2 de (D0240, D0706) cada 6 meses por proveedor
D0250	Radiografía de proyección 2D extraoral, fuente de radiación fija	sin costo	1 (D0250) por fecha de servicio
D0251	Radiografía dental extraoral posterior	sin costo	1 de (D0251, D0705) por fecha de servicio
D0270	Radiografía simple de aleta de mordida	sin costo	1 de (D0270, D0708) por fecha de servicio
D0272	Aletas de mordida, dos radiografías	sin costo	1 (D0272) cada 6 meses por proveedor
D0273	Aletas de mordida, tres radiografías	sin costo	reducir el valor al código D0270 y D0272
D0274	Aletas de mordida, cuatro radiografías	sin costo	1 (D0274) cada 6 meses por proveedor, a partir de los 10 años
D0277	Aletas de mordida verticales, 7 a 8 radiografías	sin costo	
D0310	Sialografía	sin costo	reducir el valor al código D0274
D0320	Artrografía de la articulación temporomandibular (ATM), 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 2D, medición y análisis	sin costo	2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor
D0350	Imágenes fotográficas orales/faciales 2D, intraorales/extraorales	sin costo	4 de (D0350, D0703) por fecha de servicio
D0396	Impresión 3D de un escaneo 3D de la superficie dental	sin costo	
D0419	Evaluación del flujo salival por medición	sin cobertura	
D0431	Prueba auxiliar pre-diagnóstico	sin cobertura	
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	sin costo	
D0470	Moldes de diagnóstico	sin costo	1 (D0470) por proveedor, solo es 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 2D, solo captura de imágenes	sin costo	2 de (D0340, D0702) cada 12 meses por proveedor
D0703	Imagen fotográfica oral/facial 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 integral de radiografías, intraorales, solo captura de imágenes	sin costo	1 de (D0210, D0709) cada 36 meses por proveedor
D0801	Escaneo 3D de superficies intraorales, directo	sin costo	
D0802	Escaneo 3D de la superficie dental, indirecto	sin costo	
D0803	Escaneo 3D de la superficie facial, directo	sin costo	
D0804	Escaneo 3D de la superficie facial, indirecto	sin costo	
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, según informe	sin costo	
Servicios preventivos			
D1110	Profilaxis, adulto	sin costo	1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D1120	Profilaxis, niño	sin costo	
D1206	Aplicación de medicamento, barniz de flúor tópico; boca completa	sin costo	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1208	Aplicación de medicamento, flúor tópico, no incluye barniz; boca completa	sin costo	
D1310	Orientación nutricional para control de enfermedad dental	sin costo	
D1320	Orientación sobre el tabaco, control/prevenición de enfermedad bucal	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	Instrucción en higiene bucal	sin costo	
D1351	Sellante, por diente	sin costo	1 de (D1351) cada 36 meses 1.", 2." y 3." molar
D1353	Reparación de sellante, por diente	sin costo	1 (D1353) cada 36 meses 1.", 2." y 3." molar
D1354	Aplicación de medicamento para detener la caries sin intervención quirúrgica, 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 medicamento, prevención primaria o remineralización sin intervención quirúrgica; por diente	sin costo	1 (D1355) por diente cada 6 meses, sujeto a revisión de necesidad médica solo para el primer tratamiento
D1510	Espaciador, fijo, unilateral, por cuadrante	sin costo	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por paciente, para menores de 18 años
D1516	Espaciador, fijo, bilateral, maxilar	sin costo	1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años
D1517	Espaciador, fijo, bilateral, mandibular	sin costo	1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años
D1520	Espaciador, removible, unilateral, por cuadrante	sin costo	1 de (D1510, D1520) por cuadrante por pacientes, para menores de 18 años



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del paciente	Limitaciones
Servicios preventivos (continuación)			
D1526	Espaciador, removible, bilateral, maxilar	sin costo	1 de (D1516, D1526) para menores de 18 años
D1527	Espaciador, removible, bilateral, mandibular	sin costo	1 de (D1517, D1527) para menores de 18 años
D1551	Recementación o reunión del espaciador bilateral, maxilar	sin costo	1 (D1551) cada 12 meses, para menores de 18 años
D1552	Recementación o reunión del espaciador bilateral, mandibular	sin costo	1 (D1552) cada 12 meses, para menores de 18 años
D1553	Recementación o reunión del espaciador unilateral, por cuadrante	sin costo	1 (D1553) por cuadrante cada 12 meses, para menores de 18 años
D1556	Remoción del espaciador fijo unilateral, por cuadrante	sin costo	
D1557	Remoción del espaciador fijo bilateral, maxilar	sin costo	
D1558	Remoción del espaciador fijo bilateral, mandibular	sin costo	
D1575	Espaciador tipo zapata distal, fijo, por cuadrante	sin costo	
Servicios de restauración			
D2140	Amalgama, una superficie, dientes primarios o permanentes	\$25	dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses dientes permanentes - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses
D2150	Amalgama, dos superficies, dientes primarios o permanentes	\$30	
D2160	Amalgama, tres superficies, dientes primarios o permanentes	\$40	
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	\$45	
D2330	Resina compuesta, una superficie, anteriores	\$30	
D2331	Resina compuesta, dos superficies, anteriores	\$45	
D2332	Resina compuesta, tres superficies, anteriores	\$55	
D2335	Resina compuesta, cuatro o más superficies	\$60	
D2390	Corona de resina compuesta, directa	\$50	dientes primarios - 1 (D2390) por diente cada 12 meses dientes permanentes - 1 (D2390) por diente cada 36 meses
D2391	Resina compuesta, una superficie, posterior	\$30	dientes primarios - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 12 meses dientes permanentes - 1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por diente cada 36 meses
D2392	Resina compuesta, dos superficies, posteriores	\$40	
D2393	Resina compuesta, tres superficies, posteriores	\$50	
D2394	Resina compuesta, cuatro o más superficies, posteriores	\$70	
D2542	Onlay, metálico, dos superficies	sin cobertura	
D2543	Onlay, metálico, tres superficies	sin cobertura	
D2544	Onlay, metálico, cuatro o más superficies	sin cobertura	
D2642	Onlay, porcelana/cerámica, dos superficies	sin cobertura	
D2643	Onlay, porcelana/cerámica, tres superficies	sin cobertura	
D2644	Onlay, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	sin cobertura	
D2662	Onlay, resina compuesta, dos superficies	sin cobertura	
D2663	Onlay, resina compuesta, tres superficies	sin cobertura	
D2664	Onlay, resina compuesta, cuatro o más superficies	sin cobertura	
D2710	Corona, resina compuesta (indirecta)	\$140	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un periodo de 5 años, a partir de los 13 años
D2712	Corona, ½ de resina compuesta (indirecta)	\$190	
D2720	Corona, resina con metal de alta nobleza	sin cobertura	
D2721	Corona, resina con metal básico predominante	\$300	
D2722	Corona, resina con metal noble	sin cobertura	
D2740	Corona, porcelana/cerámica	\$300	
D2750	Corona, porcelana fundida con metal de alta nobleza	sin cobertura	
D2751	Corona, porcelana fundida con metal básico predominante	\$300	
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	sin cobertura	
D2753	Corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	sin cobertura	
D2780	Corona, ½ de metal de alta nobleza fundido	sin cobertura	
D2781	Corona, ½ de metal básico predominante fundido	\$300	
D2782	Corona, ½ de metal noble fundido	sin cobertura	
D2783	Corona, ½ de porcelana/cerámica	\$310	
D2790	Corona, metal de alta nobleza fundido completo	sin cobertura	
D2791	Corona, metal básico predominante fundido completo	\$300	
D2792	Corona, metal noble fundido completo	sin cobertura	
D2914	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 perno y muñón 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 dental, 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	dientes primarios - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 12 meses
D2933	Corona prefabricada en acero inoxidable con ventana de resina	\$80	dientes permanentes - 1 de (D2932, D2933) por diente cada 36 meses
D2940	Colocación de restauración directa provisional	\$25	1 (D2940) por diente cada 6 meses, por proveedor
D2949	Cimiento restaurativo para una restauración indirecta	\$45	
D2950	Reconstrucción del muñón, incluye espiga cuando se necesite	\$20	
D2951	Retención de espigas, por diente, sumado a la restauración	\$25	1 (D2951) por diente
D2952	Perno y muñón sumados a la corona, fabricados indirectamente	\$100	1 (D2952) por diente
D2953	Cada perno fabricado indirectamente adicional, mismo diente	\$30	
D2954	Perno y muñón prefabricados sumados a la corona	\$90	1 (D2954) por diente
D2955	Posterior a la remoción	\$60	
D2957	Cada perno prefabricado adicional, mismo diente	\$35	
D2971	Procedimiento adicional para personalizar una corona nueva, marco de prótesis dental parcial existente	\$35	
D2976	Estabilización de banda, por diente	\$40	
D2980	Reparación de corona necesaria por fallo de 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	
Servicios de endodoncia			
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, apexogénesis, diente permanente, raíz incompleta	\$60	1 (D3222) por diente
D3230	Terapia pulpar, diente anterior, primario (no incluye la restauración final)	\$55	1 de (D3230, D3240) por diente
D3240	Terapia pulpar, diente posterior, primario (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	
D3330	Terapia endodóntica, molar (no incluye la restauración final)	\$300	



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del paciente	Limitaciones
Servicios de endodoncia (continuación)			
D3331	Tratamiento de obstrucción de conducto, acceso no quirúrgico	\$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 anterior, anterior	\$240	1 de (D3346-D3348) luego de 12 meses del tratamiento inicial
D3347	Retratamiento de la terapia de conducto anterior, premolar	\$295	
D3348	Segundo tratamiento de una terapia previa en el conducto radicular, molar	\$350	
D3351	Apexificación/recalcificación, consulta inicial	\$85	
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo del medicamento provisional	\$45	1 (D3351) por diente
D3353	Apexificación/recalcificación, consulta final	\$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 de tejido 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 radicular	sin cobertura	
D3950	Preparación del conducto y ajuste de la clavija o perno preformado	sin cobertura	
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, según informe	\$100	
Servicios periodontales			
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	Alargamiento quirúrgico de la corona, tejido duro	\$165	
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, diente natural retenido, 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	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	sin cobertura	
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno, primer diente	sin cobertura	
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, cada diente adicional, por sitio	sin cobertura	
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno, cada diente adicional, por sitio	sin cobertura	
D4286	Remoción de la barrera no reabsorbible	sin cobertura	
PAUTA:			
Se permiten un máximo de dos (2) cuadrantes de limpieza periodontal y raspado radicular por cita/por día.			
D4341	Limpieza periodontal y raspado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	1 de (D4341, D4342) por sitio/cuadrante cada 24 meses, a partir de los 13 años
D4342	Limpieza periodontal y raspado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante	\$30	
D4346	Limpieza en presencia de inflamación severa o moderada, 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,	\$40	
D4381	Aplicación localizada de agentes antimicrobiales/por diente	\$10	
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	1 (D4910) cada 3 meses
D4920	Cambio de vendaje no programado (que no sea realizado por el dentista tratante o el personal)	\$15	1 (D4920) por paciente por proveedor, a partir de los 13 años
D4999	Procedimiento periodontal sin especificar, según informe	\$350	
Servicios prostodónticos removibles			
D5110	Prótesis dental completa, maxilar	\$300	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por periodo de 5 años. Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una prótesis dental completa, inmediata o sobredentadura anterior - prótesis dental completa.
D5120	Prótesis dental completa, mandibular	\$300	
D5130	Prótesis inmediata, maxilar	\$300	1 (D5130) por paciente. No es un beneficio como una prótesis dental temporal. Las prótesis dentales completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de 5 años a partir de una prótesis dental inmediata.
D5140	Prótesis inmediata, mandibular	\$300	1 (D5140) por paciente. No es un beneficio como una prótesis dental temporal. Las prótesis dentales completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de 5 años a partir de una prótesis dental inmediata.
D5211	Prótesis dental parcial maxilar, base de resina	\$300	1 de (D5110-D5120, D5211-D5214, D5863-D5866) por arco por periodo de 5 años. Un beneficio una vez por periodo de 5 años de una prótesis dental completa, inmediata o sobredentadura anterior - prótesis dental completa.
D5212	Prótesis dental parcial mandibular, base de resina	\$300	
D5213	Prótesis dental parcial maxilar de metal fundido, base de resina	\$335	
D5214	Prótesis dental parcial mandibular de metal fundido, base de resina	\$335	
D5221	Prótesis dental parcial maxilar inmediata, base de resina	\$275	1 de (D5221-D5224) por arco por paciente. No es un beneficio como una prótesis dental temporal. Las prótesis dentales completas posteriores no son un beneficio dentro del periodo de 5 años a partir de una prótesis dental inmediata.
D5222	Prótesis dental parcial mandibular inmediata, base de resina	\$275	
D5223	Prótesis dental parcial maxilar inmediata, marco de metal fundido, base de resina para prótesis dental	\$330	
D5224	Prótesis dental parcial mandibular inmediata, marco de metal fundido, base de resina para prótesis dental	\$330	
D5225	Prótesis dental parcial maxilar, base flexible	sin cobertura	
D5226	Prótesis dental parcial mandibular, base flexible	sin cobertura	
D5227	Prótesis dental parcial maxilar inmediata, base flexible	sin cobertura	
D5228	Prótesis dental parcial mandibular inmediata, base flexible	sin cobertura	
D5282	Prótesis dental parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, maxilar	sin cobertura	
D5283	Prótesis dental parcial unilateral removible, metal fundido de una pieza, mandibular	sin cobertura	
D5284	Prótesis dental parcial unilateral removible, base flexible de una pieza, por cuadrante	sin cobertura	
D5286	Prótesis dental parcial unilateral removible, resina de una pieza, por cuadrante	sin cobertura	
D5410	Ajuste de prótesis dental completa, maxilar	\$20	2 de (D5410-D5422) por arco cada 12 meses, 1 por arco por proveedor por fecha de servicio
D5411	Ajuste de prótesis dental completa, mandibular	\$20	
D5421	Ajuste de prótesis dental parcial, maxilar	\$20	
D5422	Ajuste de prótesis dental parcial, mandibular	\$20	
D5511	Reparación de base de prótesis completa, mandibular	\$40	1 (D5511) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5512	Reparación de base de prótesis completa, maxilar	\$40	1 (D5512) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos, prótesis dental completa, por diente	\$40	hasta 4 (D5520) por arco, por fecha de servicio, por proveedor, 2 por arco por proveedor cada 12 meses



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del paciente	Limitaciones
	Servicios de prostodoncia removible (continuación)		
D5611	Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, mandibular	\$40	1 (D5611) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5612	Reparación de la base resina de la prótesis dental parcial, maxilar	\$40	1 (D5612) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5621	Reparación de estructura metálica fundida de prótesis parcial, mandibular	\$40	1 (D5621) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5622	Reparación de estructura metálica fundida de prótesis parcial, maxilar	\$40	1 (D5622) por fecha de servicio, por proveedor, 2 cada 12 meses, por proveedor
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales de retenedores rotos, por diente	\$50	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 parcial, 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, por diente	\$35	3 (D5650) por arco por proveedor por fecha de servicio, 1 por diente
D5660	Adición de un gancho 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 parcial maxilar	sin cobertura	
D5721	Reajuste de prótesis dental parcial mandibular	sin cobertura	
D5730	Recubrimiento de prótesis dental maxilar completa, directo	\$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 prótesis dental mandibular completa, directa	\$60	
D5740	Recubrimiento de prótesis dental maxilar parcial, directo	\$60	
D5741	Recubrimiento de prótesis dental mandibular parcial, directo	\$60	
D5750	Recubrimiento de prótesis dental maxilar completa, indirecto	\$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 prótesis dental mandibular completa, indirecto	\$90	
D5760	Recubrimiento de prótesis dental maxilar parcial, indirecta	\$80	
D5761	Recubrimiento de prótesis dental mandibular parcial, indirecto	\$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 por período de 5 años. Un beneficio una vez por período de 5 años de una prótesis dental completa, inmediata o sobredentadura anterior - prótesis dental 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	Agregar una subestructura metálica a la prótesis dental completa acrílica, por arco	sin cobertura	
D5899	Procedimiento de prostodoncia removible no especificado, según informe	\$350	
	Servicios maxilofaciales protésicos		
D5909	Prótesis de guía maxilar con brida guía	\$350	
D5911	Creación de molde facial (seccional)	\$285	
D5912	Creación de molde 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 craneal	\$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 brida 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 brida guía	\$350	
D5935	Prótesis de guía mandibular sin brida guía	\$350	
D5936	Prótesis de obturador, temporal	\$350	
D5937	Aparato trismo (no para tratamiento de DTM)	\$85	
D5938	Prótesis de resección, completa removible, maxilar	\$350	
D5939	Prótesis de resección, completa removible, mandibular	\$350	
D5940	Prótesis de resección, parcial removible, maxilar	\$350	
D5941	Prótesis de resección, parcial removible mandibular	\$350	
D5942	Prótesis de resección, prótesis removible retenida por implantes/pilares maxilares, arco edéntulo	\$350	
D5943	Prótesis de resección, prótesis removible retenida por implantes/pilares mandibulares, arco edéntulo	\$350	
D5944	Prótesis de resección, prótesis removible retenida por implantes/pilares maxilares, arco edéntulo parcial	\$350	
D5945	Prótesis de resección, prótesis removible retenida por implantes/pilares mandibulares, arco edéntulo parcial	\$350	
D5946	Prótesis de resección, prótesis fija soportada por implantes/pilares maxilares, arco	\$350	
D5947	Prótesis de resección, prótesis fija soportada por implantes/pilares mandibulares, arco	\$350	
D5948	Prótesis de resección; prótesis fija soportada por implantes/pilares maxilares, parcial, arco	\$350	
D5949	Prótesis de resección; prótesis fija soportada por implantes/pilares mandibulares, parcial, arco	\$350	
D5951	Alimentador	\$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 tejido blando	\$70	
D5983	Portador de radiación	\$55	
D5984	Protector de radiación	\$85	
D5985	Cono localizador de radiación	\$135	
D5986	Portador de gel de flúor	\$35	
D5987	Férula de comisura	\$85	
D5988	Férula quirúrgica	\$95	
D5991	Portador de medicamentos para enfermedades de la piel	\$70	
D5999	Intervención de prótesis maxilofacial no especificada, según informe	\$350	



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del paciente	Limitaciones
Servicios de implantes			
D6010	Implantación quirúrgica, endosteal	\$350	Se incluye en el plan de beneficios únicamente cuando se cumplen las condiciones médicas excepcionales
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (cirugía de implante de segunda etapa)	\$350	
D6012	Implantación quirúrgica de implante provisional, prótesis transitoria; implante endoóseo	\$350	
D6013	Colocación quirúrgica de mini implante	\$350	
D6040	Colocación quirúrgica: implante endosteal	\$350	
D6049	Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación por periimplantitis de un solo implante	\$35	
D6050	Implante quirúrgico: implante transóseo	\$350	
D6055	Barra conectora, soporte de implante o de pilar	\$350	
D6056	Soporte prefabricado, incluye modificación y colocación	\$135	
D6057	Pilar fabricado a la medida, incluye colocación	\$180	
D6058	Corona de porcelana/cerámica con soporte	\$320	
D6059	Corona de porcelana fundida con metal de alta nobleza, con soporte	\$315	
D6060	Corona de porcelana fundida sobre metal básico, con soporte	\$295	
D6061	Corona de porcelana fundida sobre metal noble, con soporte	\$300	
D6062	Corona de metal con soporte de pilar, metal de alta nobleza	\$315	
D6063	Corona de metal con soporte de pilar, metal básico	\$300	
D6064	Corona de metal con soporte de pilar, metal noble	\$315	
D6065	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	\$340	
D6066	Corona con soporte de implante, aleación de porcelana con metales de alta nobleza	\$335	
D6067	Corona con soporte de implante, aleaciones de metales de alta nobleza	\$340	
D6068	Retenedor con soporte de pilar, para PFP de porcelana/cerámica	\$320	
D6069	Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal, alta nobleza	\$315	
D6070	Retenedor con soporte de pilar, PFP de porcelana fundida con metal, metal básico	\$290	
D6071	Retenedor con soporte de pilar, PFP de porcelana fundida con metal, metal noble	\$300	
D6072	Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal fundido, alta nobleza	\$315	
D6073	Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal fundido, metal básico	\$290	
D6074	Retenedor con soporte de pilar, PFP de metal fundido, metal noble	\$320	
D6075	Retenedor con soporte de implante para PFP de cerámica	\$335	
D6076	Retenedor con soporte de implante para PFP porcelana fundida con metal de alta nobleza	\$330	
D6077	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones con metal de alta nobleza	\$350	
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implantes; la prótesis híbrida fija de arco completo no se retira; incluye limpieza	\$30	
D6081	Limpieza y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante	\$30	
D6082	Corona con soporte de implante, porcelana fundida con aleaciones de metal básico predominante	\$335	
D6083	Corona con soporte de implante, porcelana fundida con metales nobles	\$335	
D6084	Corona con soporte de implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$335	
D6085	Corona provisional sobre implante	\$300	
D6086	Corona con soporte de implante, con aleaciones de metal básico predominante	\$340	
D6087	Corona con soporte de implante, aleaciones con metales 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 implante/estructura de soporte	\$65	
D6091	Pieza de reemplazo de aditamento semipreciso de prótesis soportada por implante/pilar, por aditamento	\$40	
D6092	Recementación o reunión de corona soportada por implante/pilar	\$25	
D6093	Recementación o reunión de PFP soportada por 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 fundida con aleaciones de metal básico predominante	\$330	
D6099	Retenedor con soporte de implante para PFP, porcelana fundida con metal noble	\$330	
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante	\$110	
D6105	Remoción del implante que no requiere extracción de hueso ni elevación del colgajo	\$110	
D6110	Prótesis removible retenida por implantes/pilares para arco edéntulo, maxilar	\$350	
D6111	Prótesis removible retenida por implantes/pilares para arco edéntulo, mandibular	\$350	
D6112	Prótesis removible retenida por implantes/pilares para arco parcialmente edéntulo, maxilar	\$350	
D6113	Prótesis removible retenida por implantes/pilares para arco parcialmente edéntulo, mandibular	\$350	
D6114	Prótesis dental fija con implante/soporte, maxilar	\$350	
D6115	Prótesis dental fija con implante/soporte, mandibular	\$350	
D6116	Prótesis dental fija con implante/soporte, parcial, maxilar	\$350	
D6117	Prótesis dental fija con implante/soporte, parcial, mandibular	\$350	
D6118	Prótesis dental fija provisional con implante/soporte, mandibular	\$350	
D6119	Prótesis dental fija provisional con implante/soporte, maxilar	\$350	
D6120	Retenedor con soporte de implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$330	
D6121	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones con metal básico predominante	\$350	
D6122	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, aleaciones con metal noble	\$350	
D6123	Retenedor con soporte de implante para PFP de metal, titanio y aleaciones de titanio	\$350	
D6180	Procedimientos de mantenimiento de implantes; la prótesis híbrida fija de arco completo no se retira; incluye limpieza	\$30	
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe	\$75	
D6191	Colocación del pilar de semiprecisión, cuerpo de implante	\$350	
D6192	Aditamento de semiprecisión, colocación	\$350	
D6194	Corona de retención con soporte de pilar para PFP de titanio, titanio y aleaciones de titanio	\$265	
D6195	Retenedor con soporte de pilar, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$315	
D6197	Reemplazo de material de restauración, apertura de acceso cercano de prótesis implantosoportada atornillada, por implante	\$95	
D6198	Retire el componente del implante provisional	\$110	
D6199	Procedimiento de implante no especificado, según informe	\$350	
Servicios protodónticos fijos			
D6205	Póntico de compuesto a base de resina, indirecto	sin cobertura	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un período de 5 años, a partir de los 13 años
D6210	Póntico de metal de alta nobleza fundido	sin cobertura	
D6211	Póntico con metal básico predominante fundido	\$300	
D6212	Póntico de metal noble fundido	sin cobertura	
D6214	Póntico, titanio y aleaciones de titanio	sin cobertura	
D6240	Póntico, porcelana fundida con metal de alta nobleza	sin cobertura	
D6241	Póntico, porcelana fundida con metal básico predominante	\$300	
D6242	Póntico de porcelana con metal noble	sin cobertura	
D6243	Póntico, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	sin cobertura	
D6245	Póntico de porcelana/cerámica	\$300	
D6250	Póntico de resina con metal de alta nobleza	sin cobertura	



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del paciente	Limitaciones
Servicios prostodónticos fijos (continuación)			
D6251	Póntico de resina con metal básico predominante	\$300	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un periodo de 5 años, a partir de los 13 años
D6252	Póntico de resina con metal noble	sin cobertura	
D6280	Procedimientos de mantenimiento de implantes, prótesis removible de arco completo retenida por implantes/pilares, limpieza, por arco	\$20	
D6545	Retenedor, metal fundido para prótesis fijas unidas con resina	sin cobertura	
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija unida con resina	sin cobertura	
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fijas unidas con 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 básico fundido, dos superficies	sin cobertura	
D6613	Retenedor onlay, metal básico 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	Retenedor corona, 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 básico predominante	\$300	
D6752	Corona de retención, porcelana fundida con metal noble	sin cobertura	1 de (D2710-D2791, D6211-D6791) por diente por un periodo de 5 años, a partir de los 13 años
D6753	Corona de retención, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	sin cobertura	
D6781	Corona de retención, % de metal básico predominante fundido	\$300	
D6782	Corona de retención, % de metal noble fundido	sin cobertura	
D6783	Corona de retención, % de porcelana/cerámica	\$300	
D6784	Corona de retención, % de titanio y aleaciones de titanio	\$300	
D6791	Retenedor corona, metal base predominante completo	\$300	
D6794	Corona de retención, titanio y aleaciones de titanio	sin cobertura	
D6930	Recementación o reunión de prótesis dental parcial fija	\$40	
D6980	Reparación de prótesis dental parcial fija, falla de material de restauración	\$95	
D6999	Procedimiento de prostodoncia fijo sin especificar, según informe	\$350	
Servicios orales y maxilofaciales			
PAUTA:			
La extracción quirúrgica de piezas dentales impactadas es un beneficio cubierto solamente cuando hay evidencia patológica			
D7111	Extracción, residuos coronales, dientes primarios	\$40	
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	\$65	
D7210	Extracción, diente erupcionado que requiere remoción del hueso y/o seccionamiento del diente	\$120	
D7220	Remoción de un diente impactado, tejido blando	\$95	
D7230	Remoción de un diente impactado, parcialmente óseo	\$145	
D7240	Remoción de un diente impactado, completamente óseo	\$160	
D7241	Remoción de un diente impactado, completamente óseo, 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	Diseción del nervio	\$280	1 (D7259) por diente de por vida; se limita a los dientes n.º 17 y 32. Incluido el código D7241. Un cirujano oral con licencia debe proporcionar el servicio.
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280	
D7261	Cierre primario de una perforación sinusal	\$285	
D7270	Reimplantación y/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, impactación	\$85	
D7284	Biopsia excisional de glándulas salivales menores	\$115	
D7285	Biopsia incisional de tejido oral, duro (hueso, diente)	\$180	1 (D7285) por arco, por fecha de servicio
D7286	Biopsia incisional de tejido oral, blando	\$110	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/transseptal, 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 con 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.ª epitelización)	\$350	1 (D7340) por arco cada 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	
D7465	Destrucción de lesión(es) con métodos físicos/químicos, según informe	\$40	
D7471	Remoción de exostosis lateral, maxilar o mandibular	\$140	1 (D7471) por cuadrante
D7472	Remoción del rodete palatino (<i>torus palatinus</i>)	\$145	1 (D7472) de por vida
D7473	Remoción del rodete mandibular (<i>torus mandibularis</i>)	\$140	1 (D7473) por cuadrante
D7485	Reducción de tuberculosis 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



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del paciente	Limitaciones
	Servicios orales y maxilofaciales (continuación)		
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	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la remoción de hueso no vital	\$125	1 (D7550) por cuadrante, por fecha de servicio
D7560	Sinusotomía 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	Condilectomía	\$350	
D7850	Dissectomía 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: disectomía	\$350	
D7877	Artroscopia: desbridamiento	\$350	
D7880	Dispositivo ortopédico oclusal, según informe	\$120	
D7881	Ajuste de dispositivo ortopédico oclusal	\$30	
D7899	Terapia DTM 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 cartílago, 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 tuberculosis 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 fístula salival	\$140	
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	\$60	1 (D7997) por arco, por fecha de servicio
D7999	Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, según informe	\$350	



Liberty Dental Plan of California, Inc.
Atención dental pediátrica integrada - CalOptima Health - Platinum 90

Código CDT	Descripción	Responsabilidad del paciente	Limitaciones
Servicios ortodónticos			
Para el plan dental pediátrico, el tratamiento de ortodoncia es un beneficio de este plan dental SOLAMENTE cuando las necesidades de ortodoncia del paciente cumplen con los requisitos médicos según se determina por una calificación verificada de 26 o más (u otra condición que califique) en el análisis Índice de Maloclusiones Labio-Linguales (HLD). Todo tratamiento debe ser previamente autorizado por el Plan antes de la colocación de bandas.			
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente	\$1,000 por curso de tratamiento, independientemente del año del plan, siempre y cuando el miembro se mantenga inscrito en el plan	a partir de los 13 años
D8091	Tratamiento de ortodoncia integral con cirugía ortognática		
D8210	Terapia de ortodoncia complementaria, aparato removible		1 (D8210) por paciente, de 6 a 12 años
D8220	Terapia de ortodoncia complementaria, aparato fijo		1 (D8220) por paciente, de 6 a 12 años
D8660	Examen de tratamiento pre-ortodóncico para monitorear el crecimiento y el desarrollo		1 (D8660) cada 3 meses por un máximo de 6
D8670	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia		1 (D8670) por trimestre calendario
D8671	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia asociada con cirugía ortognática		
D8680	Retención de ortodoncia (remoción de aparatos, construcción y colocación de dispositivo(s) de retención)		1 (D8680) por arco por cada fase autorizada de tratamiento ortodóntico
D8681	Ajuste de retenedor removible de ortodoncia		
D8696	Reparación de aparato de ortodoncia, incluida la recolocación, maxilar		1 de (D8696, D8697) por arco, por aparato
D8697	Reparación de aparato de ortodoncia, incluida la recolocación, 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		
Servicios generales auxiliares			
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta	\$30	1 (D9110) por fecha de servicio
D9120	Seccionamiento de prótesis fija parcial	\$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	
PAUTA:			
La sedación profunda y la sedación consciente IV son beneficios cubiertos cuando se documenta que la anestesia local no es posible, en casos como una discapacidad mental o física grave, procedimientos quirúrgicos extensos, un niño que no coopera, una infección aguda en el sitio de la inyección o la falla de un anestésico local para controlar el dolor. Los servicios cubiertos cuando se suministran en un consultorio dental por un profesional que actúa dentro del campo de acción de su acreditación. La aprensión y/o el nerviosismo del paciente no son en sí mismos una justificación suficiente.			
D9222	Administración de sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos o fracción	\$45	
D9223	Administración de sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos o fracción	\$45	
D9224	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, primer incremento de 15 minutos o fracción	\$65	
D9225	Administración de anestesia general con vía aérea avanzada, cada incremento adicional de 15 minutos o fracción	\$65	
D9230	Administración de óxido nítrico	\$15	
D9239	Administración de sedación moderada, intravenosa, primer incremento de 15 minutos o fracción	\$60	
D9243	Administración de sedación moderada, intravenosa, cada incremento adicional de 15 minutos o fracción	\$60	
D9244	Administración en consultorio de sedación mínima, con un solo fármaco, por vía enteral	\$30	
D9245	Administración de sedación moderada, por vía enteral	\$65	
D9246	Administración de sedación moderada, por vía parental no intravenosa, primer incremento de 15 minutos o fracción	\$65	
D9247	Administración de sedación moderada, por vía parental no intravenosa, cada incremento adicional de 15 minutos o fracción	\$65	
D9310	Consulta, con otro profesional que no sea el dentista que realiza la solicitud	\$50	
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	sin costo	
D9410	Llamada telefónica al hogar/centro de cuidado extendido	\$50	
D9420	Llamada a un hospital o centro quirúrgico ambulatorio	\$135	
D9430	Visitas al consultorio, observación, dentro del horario de atención regular, 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	Droga parenteral terapéutica, una sola dosis	\$30	4 (D9610) por fecha de servicio
D9612	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$40	4 (D9612) por fecha de servicio
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante, por diente	\$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 y/o revestimiento 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 en articulador	\$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 de edad

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