

2025

**Documento adjunto
de beneficios de
Liberty Dental**



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

MÁXIMO DE \$2,000 POR AÑO CALENDARIO

Esta es una lista **completa** de procedimientos dentales para los que se pagan beneficios según este Plan. Los procedimientos que no se mencionan en la lista no están cubiertos.

Este Plan no permite beneficios alternos.

Si se elige, el miembro es responsable de todos los procedimientos no cubiertos.

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
Servicios de diagnóstico				
D0120	Examen bucal periódico	\$0.00	20%	2 de (D0120-D0180) cada año calendario
D0140	Examen bucal limitado	\$0.00	20%	
D0150	Examen bucal completo	\$0.00	20%	
D0160	Examen bucal, centrado en un problema	\$0.00	20%	
D0170	Nuevo examen, limitado, centrado en un problema	\$0.00	20%	
D0171	Nuevo examen, visita posoperatoria en el consultorio	\$0.00	20%	
D0180	Examen periodontal completo	\$0.00	20%	
D0210	Serie completa de imágenes radiográficas intrabucales	\$0.00	20%	1 de (D0210, D0330) cada 3 años calendario
D0220	Primera imagen radiográfica intrabucal periapical	\$0.00	20%	
D0230	Cada imagen radiográfica intrabucal periapical extra	\$0.00	20%	
D0240	Imagen radiográfica intrabucal oclusal	\$0.00	20%	2 (D0240) cada año calendario
D0250	Imagen radiográfica extrabucal de proyección 2D, fuente de radiación fija	\$0.00	20%	1 (D0250) cada año calendario
D0251	Imagen radiográfica dental extrabucal posterior	\$0.00	20%	2 (D0251) cada año calendario
D0270	Una sola imagen radiográfica de mordida	\$0.00	20%	2 de (D0270-D0274) cada año calendario
D0272	Dos imágenes radiográficas de mordida	\$0.00	20%	
D0273	Tres imágenes radiográficas de mordida	\$0.00	20%	
D0274	Cuatro imágenes radiográficas de mordida	\$0.00	20%	
D0277	7 a 8 imágenes radiográficas verticales de mordida	\$0.00	20%	1 (D0277) cada 3 años calendario
D0330	Imagen radiográfica panorámica	\$0.00	20%	1 de (D0210, D0330) cada 3 años calendario
D0310	Sialografía	\$0.00	20%	1 de (D0310-D0322) cada 3 años calendario
D0320	Artrografía TMJ, incluyendo inyección	\$0.00	20%	
D0321	Otras imágenes radiográficas TMJ, según reporte	\$0.00	20%	
D0322	Exploración tomográfica	\$0.00	20%	
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica 2D, medición y análisis	\$0.00	20%	1 (D0340) cada 3 años calendario
D0350	Imagen fotográfica bucal/facial 2D, intrabucal/extrabucal	\$0.00	20%	1 (D0350) cada 3 años calendario
D0414	Proceso de laboratorio de muestras microbianas, cultivo, sensibilidad, prep, reporte	\$0.00	20%	1 de (D0414-D0425) cada año calendario
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo	\$0.00	20%	
D0416	Cultivo viral	\$0.00	20%	
D0425	Pruebas de susceptibilidad a caries	\$0.00	20%	
D0431	Prueba diagnóstica previa complementaria	\$0.00	20%	1 (D0431) cada año calendario
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dentaria	\$0.00	20%	1 (D0460) cada año calendario
D0470	Impresiones dentales de diagnóstico	\$0.00	20%	1 (D0470) cada año calendario
D0472	Toma de tejido, examen macroscópico, prep y reporte	\$0.00	20%	1 de (D0472-D0486) cada año calendario
D0473	Toma de tejido, examen macroscópico/microscópico, prep, reporte	\$0.00	20%	
D0474	Toma de tejido, examen macroscópico/microscópico, reporte	\$0.00	20%	
D0475	Procedimiento de descalcificación	\$0.00	20%	
D0476	Manchas especiales, por microorganismos	\$0.00	20%	
D0477	Manchas especiales, no por microorganismos	\$0.00	20%	



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
D0478	Manchas inmunohistoquímicas	\$0.00	20%	1 de (D0472-D0486) cada año calendario
D0479	Hibridación de tejido <i>in situ</i> , incluyendo interpretación	\$0.00	20%	
D0480	Toma de frotis citológicos exfoliativos	\$0.00	20%	1 de (D0472-D0486) cada año calendario
D0481	Microscopia con electrones	\$0.00	20%	
D0482	Inmunofluorescencia directa	\$0.00	20%	
D0483	Inmunofluorescencia indirecta	\$0.00	20%	
D0484	Consulta sobre láminas preparadas en otra parte	\$0.00	20%	
D0485	Consulta, incluyendo prep. de láminas, biopsia, fuente de remisión	\$0.00	20%	
D0486	Toma de muestra citológica transepitelial, prep, reporte por escrito	\$0.00	20%	
D0502	Otros procedimientos de patología oral, según reporte	\$0.00	20%	1 de (D0502, D0999) cada año calendario
D0999	Procedimiento diagnóstico no especificado, según reporte	\$0.00	20%	
Servicios de prevención				
D1110	Profilaxis, adulto	\$0.00	20%	2 de (D1110, D4346, D4910) cada año calendario
D1208	Aplicación tópica de flúor, excluyendo barniz	\$0.00	20%	2 (D1208) cada año calendario
D1351	Sellador, por pieza dental	\$8.80	50%	1 (D1351) por pieza dental cada 5 años calendario
D1510	Espaciador, fijo, unilateral, por cuadrante	\$52.80	50%	4 (D1510) durante la vida del paciente
Servicios de restauración				
D2140	Amalgama, una superficie, primaria o permanente	\$18.70	50%	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por pieza dental cada 3 años calendario
D2150	Amalgama, dos superficies, primaria o permanente	\$25.30	50%	
D2160	Amalgama, tres superficies, primaria o permanente	\$31.90	50%	
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, primaria o permanente	\$37.40	50%	
D2330	Compuesto a base de resina, una superficie, anterior	\$23.10	50%	
D2331	Compuesto a base de resina, dos superficies, anterior	\$30.80	50%	
D2332	Compuesto a base de resina, tres superficies, anterior	\$39.60	50%	
D2335	Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, que conlleven ángulo incisal	\$49.50	50%	
D2390	Corona con compuesto a base de resina, anterior	\$47.30	50%	1 (D2390) por pieza dental cada 3 años calendario
D2391	Compuesto a base de resina, una superficie, posterior	\$25.30	50%	1 de (D2140-D2335, D2391-D2394) por superficie por pieza dental cada 3 años calendario
D2392	Compuesto a base de resina, dos superficies, posterior	\$34.10	50%	
D2393	Compuesto a base de resina, tres superficies, posterior	\$45.10	50%	
D2394	Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, posterior	\$51.70	50%	
D2510	Incrustación, metálica, una superficie	\$130.90	50%	1 de (D2510-D2792, D6205-D6792) por pieza dental cada 5 años calendario
D2520	Incrustación, metálica, dos superficies	\$145.20	50%	
D2530	Incrustación, metálica, tres o más superficies	\$166.10	50%	
D2542	Recubrimiento, metálico, dos superficies	\$169.40	50%	
D2543	Recubrimiento, metálico, tres superficies	\$177.10	50%	
D2544	Recubrimiento, metálico, cuatro o más superficies	\$187.00	50%	
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica, una superficie	\$156.20	50%	
D2620	Incrustación, porcelana/cerámica, dos superficies	\$166.10	50%	
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$169.40	50%	
D2642	Recubrimiento, porcelana/cerámica, dos superficies	\$165.00	50%	
D2643	Recubrimiento, porcelana/cerámica, tres superficies	\$172.70	50%	
D2644	Recubrimiento, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	\$184.80	50%	
D2650	Incrustación, compuesto a base de resina, una superficie	\$116.60	50%	
D2651	Incrustación, compuesto a base de resina, dos superficies	\$138.60	50%	



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
D2652	Incrustación, compuesto a base de resina, tres o más superficies	\$144.10	50%	1 de (D2510-D2792, D6205-D6792) por pieza dental cada 5 años calendario
D2662	Recubrimiento, compuesto a base de resina, dos superficies	\$116.60	50%	
D2663	Recubrimiento, compuesto a base de resina, tres superficies	\$133.10	50%	
D2664	Recubrimiento, compuesto a base de resina, cuatro o más superficies	\$138.60	50%	
D2710	Corona, compuesto a base de resina (indirecto)	\$86.90	50%	1 de (D2510-D2792, D6205-D6792) por pieza dental cada 5 años calendario
D2712	Corona, ¾ de compuesto a base de resina (indirecto)	\$80.30	50%	
D2721	Corona, resina con predominantemente metal base	\$152.90	50%	
D2722	Corona, resina con metal noble	\$156.20	50%	
D2740	Corona, porcelana/cerámica	\$220.00	50%	
D2751	Corona, porcelana fundida con predominantemente metal base	\$194.70	50%	
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	\$210.10	50%	
D2781	Corona, ¾ de fundición de predominantemente metal base	\$199.10	50%	
D2782	Corona, ¾ de fundición de metal noble	\$202.40	50%	
D2783	Corona, ¾ de porcelana/cerámica	\$217.80	50%	
D2791	Corona, fundición total de predominantemente metal base	\$205.70	50%	
D2792	Corona, fundición total de metal noble	\$210.10	50%	
D2910	Recementar o readherir incrustación, recubrimiento, carilla o cobertura parcial	\$16.50	50%	
D2920	Recementar o readherir corona	\$16.50	50%	
D2915	Recementar o readherir perno y muñón indirectamente fabricado/prefabricado	\$15.40	50%	1 (D2915) por pieza dental cada año calendario
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente permanente	\$50.60	50%	1 de (D2931-D2934) por pieza dental cada 3 años calendario
D2932	Corona prefabricada de resina	\$48.40	50%	
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$55.00	50%	
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético, diente primario	\$70.40	50%	
D2940	Restauración de protección	\$15.40	50%	
D2950	Reestructuración del muñón, incluyendo cualquier pin que sea necesario	\$41.80	50%	
D2951	Retención de espiga, por pieza dental, además de restauración	\$8.80	50%	
D2952	Perno y muñón además de la corona, fabricados indirectamente	\$70.40	50%	
D2953	Cada perno extra fabricado indirectamente, misma pieza dental	\$30.80	50%	
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	\$53.90	50%	
D2955	Extracción de perno	\$37.40	50%	
D2957	Cada perno prefabricado extra, misma pieza dental	\$24.20	50%	
D2971	Procedimiento extra para personalizar corona nueva, montura de dentadura postiza parcial existente	\$33.00	50%	
D2975	Recubrimientos para coronas	\$70.40	50%	
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	\$31.90	50%	
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, según reporte	Según reporte	50%	
Servicios de endodoncia				
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (excluyendo la restauración final)	\$12.10	50%	1 de (D3110, D3120) por pieza dental durante la vida del paciente
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (excluyendo restauración final)	\$9.90	50%	
D3220	Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final)	\$27.50	50%	
D3221	Desbridamiento pulpar, piezas dentales primarias y permanentes	\$29.70	50%	1 de (D3221) por pieza dental durante la vida del paciente
D3230	Terapia pulpar, anterior, pieza dental primaria (excluye restauración final)	\$27.50	50%	1 de (D3230, D3240) por pieza dental durante la vida del paciente
D3240	Terapia pulpar, posterior, pieza dental primaria (excluye restauración final)	\$23.10	50%	
D3310	Terapia de endodoncia, pieza dental anterior (excluye restauración final)	\$118.80	50%	1 de (D3310-D3330) por pieza dental durante la vida del paciente
D3320	Terapia de endodoncia, pieza dental premolar (excluye restauración final)	\$138.60	50%	



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
D3330	Terapia de endodoncia, pieza dental molar (excluye restauración final)	\$202.40	50%	1 de (D3310-D3330) por pieza dental durante la vida del paciente
D3331	Tratamiento de la obstrucción de conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$41.80	50%	1 de (D3331) por pieza dental durante la vida del paciente
D3332	Terapia de endodoncia incompleta; pieza dental inoperable, que no se puede restaurar o fracturada	\$97.90	50%	1 de (D3332) por pieza dental durante la vida del paciente
D3333	Reparación radicular interna de defectos de perforación	\$34.10	50%	1 de (D3333) por pieza dental durante la vida del paciente
D3346	Nuevo tratamiento de tratamiento de canal previo, anterior	\$160.60	50%	1 de (D3346-D3348) por pieza dental durante la vida del paciente
D3347	Nuevo tratamiento de tratamiento de canal previo, premolar	\$182.60	50%	1 de (D3346-D3348) por pieza dental durante la vida del paciente
D3348	Nuevo tratamiento de tratamiento de canal previo, molar	\$229.90	50%	
D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial	\$63.80	50%	1 de (D3351) por pieza dental durante la vida del paciente
D3352	Apexificación/recalcificación; reemplazo de medicamento provisional	\$27.50	50%	1 de (D3352) por pieza dental durante la vida del paciente
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final	\$96.80	50%	1 de (D3353) por pieza dental durante la vida del paciente
D3410	Apicectomía, anterior	\$133.10	50%	1 de (D3410-D3425) por pieza dental durante la vida del paciente
D3421	Apicectomía, premolar (primera raíz)	\$152.90	50%	
D3425	Apicectomía, molar (primera raíz)	\$173.80	50%	
D3426	Apicectomía, (cada raíz de más)	\$52.80	50%	1 de (D3426) por pieza dental durante la vida del paciente
D3430	Emplaste retrógrado, por cada raíz	\$41.80	50%	1 de (D3430) por pieza dental durante la vida del paciente
D3450	Amputación de raíces, por cada raíz	\$80.30	50%	1 de (D3450) por pieza dental durante la vida del paciente
D3460	Implante endoóseo de endodoncia	\$364.10	50%	1 de (D3460) por pieza dental durante la vida del paciente
D3470	Nueva implantación intencional (incluyendo soporte necesario)	\$150.70	50%	1 de (D3470) por pieza dental durante la vida del paciente
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento de pieza dental con dique de goma	\$19.80	50%	1 de (D3910) por pieza dental durante la vida del paciente
D3920	Hemisección, no incluyendo terapia de tratamiento de canal	\$67.10	50%	1 de (D3920) por pieza dental durante la vida del paciente
D3950	Preparación de conductos y ajuste de tarugo o perno preformado	\$27.50	50%	1 de (D3950, D3999) por pieza dental durante la vida del paciente
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, según reporte	Según reporte	50%	
Servicios periodontales				
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	\$111.10	50%	1 de (D4210-D4245) por lugar/cuadrante cada 2 años calendario
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, una a tres piezas dentales por cuadrante	\$40.70	50%	
D4230	Exposición anatómica de corona, cuatro o más piezas dentales contiguas por cuadrante	\$147.40	50%	
D4231	Exposición anatómica de corona, una a tres piezas dentales contiguas por cuadrante	\$93.50	50%	
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	\$119.90	50%	
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, una a tres piezas dentales contiguas por cuadrante	\$73.70	50%	
D4245	Colgajo posicionado apicalmente	\$85.80	50%	
D4249	Alargamiento de corona clínica, tejido rígido	\$128.70	50%	1 de (D4249) por pieza dental durante la vida del paciente
D4260	Operación ósea, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	\$189.20	50%	1 de (D4260, D4261) por lugar/cuadrante cada 2 años calendario
D4261	Operación ósea, una a tres piezas dentales por cuadrante	\$117.70	50%	
D4263	Injerto de reemplazo de hueso, pieza dental natural conservada, primer lugar, cuadrante	\$60.50	50%	1 de (D4263, D4264) por lugar/cuadrante cada 2 años calendario
D4264	Injerto de reemplazo de hueso, pieza dental natural conservada, cada lugar de más	\$31.90	50%	
D4265	Material biológico para ayudar a la regeneración del tejido blando y óseo, por lugar	\$60.50	50%	1 de (D4265-D4267) por lugar/cuadrante cada 2 años calendario
D4266	Regeneración guiada de tejido, pieza dental natural, barrera reabsorbible, por lugar	\$80.30	50%	
D4267	Regeneración guiada de tejido, pieza dental natural, barrera no reabsorbible, por lugar	\$94.60	50%	
D4268	Procedimiento restaurativo quirúrgico, por pieza dental	\$0.00	50%	1 (D4268) por pieza dental cada 2 años calendario



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones	
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	\$150.70	50%	1 de (D4270-D4285) por lugar/cuadrante cada 2 años calendario	
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primera pieza dental	\$158.40	50%		
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, una sola pieza dental	\$45.10	50%		
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno, primera pieza dental	\$167.20	50%		
D4276	Tejido conectivo combinado e injerto pediculado	\$201.30	50%		
D4277	Injerto libre de tejido blando, primer diente	\$150.70	50%		
D4278	Injerto libre de tejido blando, cada diente extra	\$75.90	50%		
D4283	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, cada pieza dental de más, por lugar	\$97.90	50%		
D4285	Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno, cada pieza dental de más, por lugar	\$97.90	50%		
D4322	Soporte, intracoronario; pieza dental natural o coronas protésicas	\$82.50	50%		1 de (D4322, D4323) por arco cada 2 años calendario
D4323	Soporte, extracoronario; pieza dental natural o coronas protésicas	\$82.50	50%		
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	\$39.60	50%	1 de (D4341, D4342) por lugar/cuadrante cada 2 años calendario	
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, una a tres piezas dentales por cuadrante	\$23.10	50%		
D4346	Raspado de toda la boca después de evaluación cuando hay presencia de inflamación moderada o grave	\$18.70	50%	2 de (D1110, D4346, D4910) cada año calendario	
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir la evaluación integral y el diagnóstico periodontal, visita posterior	\$23.10	50%	1 (D4355) cada 3 años calendario	
D4381	Aplicación localizada de agente antimicrobiano/por pieza dental	\$12.10	50%	1 (D4381) por pieza dental cada año calendario	
D4910	Mantenimiento periodontal	\$23.10	50%	2 de (D1110, D4346, D4910) cada año calendario	
D4920	Cambio de vendaje no programado (distinto al dentista o personal tratante)	\$19.80	50%	1 (D4920) cada año calendario	
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal, por cuadrante	\$5.50	50%	1 (D4921) por cuadrante cada año calendario	
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, según reporte	Según reporte	50%	1 (D4999) cada año calendario	
Servicios de prostodoncia extraíble					
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$466.40	50%	1 de (D5110-D5226, D5282, D5283, D5863-D5866) por arco cada 5 años calendario	
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$464.20	50%		
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$536.80	50%		
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$496.10	50%		
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina	\$382.80	50%		
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina	\$454.30	50%		
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido, base de resina	\$491.70	50%		
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, metal fundido, base de resina	\$520.30	50%		
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina	\$382.80	50%		
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina	\$454.30	50%		
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, montura de metal fundida, base de resina para la dentadura postiza	\$491.70	50%		
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, montura de metal fundida, base de resina para la dentadura postiza	\$520.30	50%		
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible	\$559.90	50%		
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible	\$528.00	50%		
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, metal fundido de una pieza, maxilar	\$312.40	50%		
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, metal fundido de una pieza, mandibular	\$312.40	50%		
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	\$26.40	50%		1 de (D5410-D5422) por arco cada año calendario
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	\$27.50	50%		
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	\$25.30	50%		
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	\$25.30	50%		
D5511	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular	\$51.70	50%	1 de (D5511, D5512) por arco cada año calendario	
D5512	Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar	\$51.70	50%		
D5520	Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas, dentadura postiza completa	\$42.90	50%	1 (D5520) por pieza dental cada año calendario	
D5611	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	\$70.40	50%	1 de (D5611-D5622) por arco cada año calendario	



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones	
D5612	Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	\$70.40	50%	1 de (D5611-D5622) por arco cada año calendario	
D5621	Reparación de montura parcial fundida, mandibular	\$74.80	50%		
D5622	Reparación de montura parcial fundida, maxilar	\$74.80	50%		
D5630	Reparación o reemplazo de material del gancho retenedor roto, por pieza dental	\$78.10	50%	1 (D5630) por pieza dental cada año calendario	
D5640	Reemplazo de pieza dental fracturada, por pieza dental	\$44.00	50%	1 (D5640) por pieza dental cada año calendario	
D5650	Adición de pieza dental a dentadura postiza parcial existente	\$61.60	50%	1 (D5650) por pieza dental cada año calendario	
D5660	Adición de gancho a dentadura postiza parcial existente, por pieza dental	\$81.40	50%	1 (D5660) por pieza dental cada año calendario	
D5670	Reemplazo de todas las piezas dentales y el acrílico en la montura de metal fundido, maxilar	\$271.70	50%	1 de (D5670, D5671) por arco cada 2 años calendario	
D5671	Reemplazo de todas las piezas dentales y el acrílico en la montura de metal fundido, mandibular	\$266.20	50%		
D5710	Ajustar base para dentadura postiza completa maxilar	\$183.70	50%	1 de (D5710-D5761) por arco cada 2 años calendario	
D5711	Ajustar base para dentadura postiza completa mandibular	\$189.20	50%	1 de (D5710-D5761) por arco cada 2 años calendario	
D5720	Ajustar base para dentadura postiza parcial maxilar	\$191.40	50%		
D5721	Ajustar base para dentadura postiza parcial mandibular	\$187.00	50%		
D5730	Realinear dentadura postiza completa maxilar, directa	\$114.40	50%		
D5731	Realinear dentadura postiza completa mandibular, directa	\$108.90	50%		
D5740	Realinear dentadura postiza parcial maxilar, directa	\$100.10	50%		
D5741	Realinear dentadura postiza parcial mandibular, directa	\$97.90	50%		
D5750	Realinear dentadura postiza completa maxilar, indirecta	\$139.70	50%		
D5751	Realinear dentadura postiza completa mandibular, indirecta	\$136.40	50%		
D5760	Realinear dentadura postiza parcial maxilar, indirecta	\$147.40	50%		
D5761	Realinear dentadura postiza parcial mandibular, indirecta	\$141.90	50%		
D5810	Dentadura postiza completa provisional, maxilar	\$233.20	50%		1 de (D5810-D5821) por arco cada 5 años calendario
D5811	Dentadura postiza completa provisional, mandibular	\$240.90	50%		
D5820	Dentadura postiza parcial provisional, maxilar	\$169.40	50%		
D5821	Dentadura postiza parcial provisional, mandibular	\$180.40	50%		
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	\$46.20	50%	1 de (D5850, D5851) por arco cada año calendario	
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	\$46.20	50%		
D5863	Sobredentadura, completa, maxilar	\$462.00	50%	1 de (D5110-D5226, D5282, D5283, D5863-D5866) por arco cada 5 años calendario	
D5864	Sobredentadura, parcial, maxilar	\$436.70	50%		
D5865	Sobredentadura, completa, mandibular	\$462.00	50%	1 de (D5110-D5226, D5282, D5283, D5863-D5866) por arco cada 5 años calendario	
D5866	Sobredentadura, parcial, mandibular	\$436.70	50%		
D5867	Reemplazo de una parte de accesorio de semiprecisión, de precisión, por accesorio	\$74.80	50%	1 de (D5867-D5899) por arco cada 5 años calendario	
D5875	Modificación de prótesis extraíble después de la operación de implante	\$74.80	50%		
D5899	Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado, según reporte	Según reporte	50%		
Servicios de prostodoncia fija					
D6205	Póntico, compuesto a base de resina, indirecto	\$350.90	50%	1 de (D2510-D2792, D6205-D6792) por pieza dental cada 5 años calendario	
D6210	Póntico, fundición de metal altamente noble	\$358.60	50%		
D6211	Póntico, fundición predominantemente metal base	\$346.50	50%		
D6212	Póntico, fundición de metal noble	\$361.90	50%		
D6241	Póntico, porcelana fundida a predominantemente metal base	\$355.30	50%		
D6242	Póntico, porcelana fundida a metal noble	\$355.30	50%		
D6245	Póntico, porcelana/cerámica	\$333.30	50%		
D6251	Póntico, resina con predominantemente metal base	\$293.70	50%		
D6252	Póntico, resina con metal noble	\$302.50	50%		
D6253	Póntico provisional	\$137.50	50%		1 de (D6253, D6793) por pieza dental cada 5 años calendario



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
D6545	Retenedor, metal fundido para prótesis fija pegada con resina	\$165.00	50%	1 de (D2510-D2792, D6205-D6792) por pieza dental cada 5 años calendario
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica, prótesis fija pegada con resina	\$173.80	50%	
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija pegada con resina	\$173.80	50%	
D6600	Incrustación en retenedor, porcelana/cerámica, dos superficies	\$304.70	50%	
D6601	Incrustación en retenedor, porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$336.60	50%	
D6602	Incrustación en retenedor, fundida en metal altamente noble, dos superficies	\$303.60	50%	
D6603	Incrustación en retenedor, fundida en metal altamente noble, tres o más superficies	\$336.60	50%	
D6604	Incrustación en retenedor, fundida en metal base, dos superficies	\$299.20	50%	
D6605	Incrustación en retenedor, fundida en metal base, tres o más superficies	\$323.40	50%	
D6606	Incrustación en retenedor, fundida en metal noble, dos superficies	\$281.60	50%	
D6607	Incrustación en retenedor, fundida en metal noble, tres o más superficies	\$352.00	50%	
D6608	Recubrimiento de retenedor, porcelana/cerámica, dos superficies	\$330.00	50%	
D6609	Recubrimiento de retenedor, porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$344.30	50%	
D6612	Recubrimiento de retenedor, fundido en metal base, dos superficies	\$325.60	50%	
D6613	Recubrimiento de retenedor, fundido en metal base, tres o más superficies	\$355.30	50%	
D6614	Recubrimiento de retenedor, fundido en metal noble, dos superficies	\$320.10	50%	
D6615	Recubrimiento de retenedor, fundido en metal noble, tres o más superficies	\$337.70	50%	
D6710	Corona retenedora, compuesto a base de resina, indirecta	\$368.50	50%	
D6721	Corona retenedora, resina con predominantemente metal base	\$341.00	50%	
D6722	Corona retenedora, resina con metal noble	\$346.50	50%	
D6740	Corona retenedora, porcelana/cerámica	\$416.90	50%	
D6751	Corona retenedora, porcelana fundida con predominantemente metal base	\$389.40	50%	
D6752	Corona retenedora, porcelana fundida con metal noble	\$383.90	50%	
D6781	Corona retenedora, ¼ de fundición de predominantemente metal base	\$363.00	50%	1 de (D6253, D6793) por pieza dental cada 5 años calendario
D6782	Corona retenedora, ¼ de fundición de metal noble	\$378.40	50%	
D6783	Corona retenedora, ¼ de porcelana/cerámica	\$409.20	50%	
D6791	Corona retenedora, fundición total de predominantemente metal base	\$370.70	50%	
D6792	Corona retenedora, fundición total de metal noble	\$396.00	50%	
D6793	Corona retenedora provisional	\$148.50	50%	
D6920	Barra conectora	\$82.50	50%	
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$48.40	50%	
D6940	Liberador de tensión	\$97.90	50%	1 de (D6940) por arco cada 2 años calendario
D6950	Accesorio de precisión	\$202.40	50%	1 de (D6950-D6999) por arco cada 5 años calendario
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, falla de material restaurativo	\$86.90	50%	
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija, no especificado, según reporte	Según reporte	50%	
Servicios bucales y maxilofaciales				
D7140	Extracción, pieza dental erupcionada o raíz expuesta	\$24.20	50%	
D7210	Extracción de pieza dental erupcionada que necesita la extracción de hueso o partes de la pieza dental	\$42.90	50%	
D7220	Extracción de pieza dental impactada, tejido blando	\$50.60	50%	
D7230	Extracción de pieza dental impactada, parcialmente con hueso	\$71.50	50%	
D7240	Extracción de pieza dental impactada, completa con hueso	\$86.90	50%	
D7241	Extracción de pieza dental impactada, completa con hueso, complicación	\$103.40	50%	
D7250	Extracción de raíces residuales de pieza dental (procedimiento de corte)	\$46.20	50%	



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
D7260	Cierre de fistula antro bucal	\$320.10	50%	1 de (D7260, D7261) por lugar/cuadrante cada 5 años calendario
D7261	Cierre primario de una perforación del seno paranasal	\$103.40	50%	
D7270	Reimplantación total o estabilización, accidente	\$77.00	50%	1 de (D7270, D7272) por pieza dental cada 5 años calendario
D7272	Trasplante de pieza dental	\$108.90	50%	
D7280	Exposición de una pieza dental no erupcionada	\$86.90	50%	1 (D7280) por pieza dental cada 5 años calendario
D7282	Movilización de pieza dental erupcionada/mal posicionada	\$30.80	50%	1 de (D7282, D7283) por pieza dental cada 5 años calendario
D7283	Colocación, dispositivo para facilitar la erupción, impacto	\$20.90	50%	
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal, rígido (hueso, pieza dental)	\$159.50	50%	1 de (D7285-D7288) por lugar cada 5 años calendario
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal, blando	\$68.20	50%	
D7287	Obtención de muestra citológica exfoliativa	\$20.90	50%	
D7288	Biopsia con cepillo, obtención de muestra transepitelial	\$22.00	50%	
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de pieza dental	\$69.30	50%	1 de (D7290-D7294) por lugar/cuadrante cada 5 años calendario
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supra crestal, según reporte	\$0.00	50%	
D7292	Colocación de dispositivo de anclaje temporal [placa retenida con tornillo] colgajo necesario	\$103.40	50%	1 de (D7290-D7294) por lugar/cuadrante cada 5 años calendario
D7293	Colocación de dispositivo de anclaje temporal colgajo necesario	\$66.00	50%	
D7294	Colocación de dispositivo de anclaje temporal sin colgajo	\$47.30	50%	
D7310	Alveoloplastia con extracciones, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	\$50.60	50%	1 de (D7310-D7350) por lugar/cuadrante cada 5 años calendario
D7311	Alveoloplastia con extracciones, una a tres piezas dentales por cuadrante	\$34.10	50%	
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más piezas dentales por cuadrante	\$79.20	50%	
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, una a tres piezas dentales por cuadrante	\$61.60	50%	
D7340	Vestibuloplastia, extensión del reborde (2da. epitelización)	\$338.80	50%	
D7350	Vestibuloplastia, extensión del reborde	\$1,059.30	50%	
D7410	Escisión de lesión benigna, hasta de 1.25 cm	\$135.30	50%	
D7411	Escisión de lesión benigna, mayor que 1.25 cm	\$231.00	50%	
D7412	Escisión de lesión benigna, complicada	\$256.30	50%	
D7413	Escisión de lesión maligna, hasta de 1.25 cm	\$173.80	50%	
D7414	Escisión de lesión maligna, mayor que 1.25 cm	\$258.50	50%	
D7415	Escisión de lesión maligna, complicada	\$277.20	50%	
D7440	Escisión de tumor maligno, hasta de 1.25 cm	\$238.70	50%	
D7441	Escisión de tumor maligno, mayor que 1.25 cm	\$370.70	50%	
D7450	Extirpación, quiste/tumor odontogénico benigno, hasta de 1.25 cm	\$135.30	50%	
D7451	Extirpación, quiste/tumor odontogénico benigno, mayor que 1.25 cm	\$212.30	50%	
D7460	Extirpación, quiste/tumor no odontogénico benigno, hasta de 1.25 cm	\$135.30	50%	
D7461	Extirpación, quiste/tumor no odontogénico benigno, mayor que 1.25 cm	\$217.80	50%	
D7465	Destrucción de lesiones por método físico o químico, según reporte	\$77.00	50%	
D7471	Extracción de exostosis lateral, maxila o mandíbula	\$161.70	50%	1 de (D7471-D7473) durante la vida del paciente
D7472	Extracción de cresta palatina	\$166.10	50%	
D7473	Extracción de cresta mandibular	\$157.30	50%	
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	\$139.70	50%	1 (D7485) durante la vida del paciente
D7490	Resección radical de maxilar o mandíbula	\$1,129.70	50%	1 de (D7490) por arco durante la vida del paciente
D7510	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal	\$27.50	50%	
D7511	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, complicado	\$50.60	50%	
D7520	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal	\$192.50	50%	
D7521	Incisión y drenaje de absceso, tejido blando extrabucal, complicado	\$212.30	50%	



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
D7530	Extracción de cuerpo extraño, mucosa, piel, tejido	\$69.30	50%	
D7540	Extracción de cuerpos extraños que producen reacción, sistema musculoesquelético	\$77.00	50%	
D7961	Frenectomía (frenulectomía) bucal/labial	\$97.90	50%	1 de (D7961) por arco cada 5 años calendario
D7962	Frenectomía (frenulectomía) lingual	\$97.90	50%	1 (D7962) cada 5 años calendario
D7963	Frenuloplastia	\$100.10	50%	1 (D7963) cada 5 años calendario
D7970	Escisión de tejido hiperplásico, por arco	\$105.60	50%	1 de (D7970) por arco cada 5 años calendario
D7971	Escisión de encía pericoronaria	\$28.60	50%	1 (D7971) durante la vida del paciente
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$124.30	50%	1 (D7972) durante la vida del paciente
D7997	Extracción de aparato (no hecha por el dentista que puso el aparato), incluye extracción de barra en arco	\$50.60	50%	1 de (D7997, D7999) cada 5 años calendario
D7999	Procedimiento cirugía bucal no especificada, según reporte	\$0.00	50%	
Servicios generales complementarios				
D9110	Tratamiento paliativo de dolor dental, por visita	\$15.40	50%	1 (D9110) cada año calendario
D9120	Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija	\$16.50	50%	1 (D9120) cada año calendario
D9210	Anestesia local no junto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$4.40	50%	
D9211	Anestesia de bloqueo regional	\$6.60	50%	
D9212	Anestesia del bloqueo de la división del trigémino	\$14.30	50%	
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operatorios o quirúrgicos	\$5.50	50%	
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	\$0.00	50%	
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos	\$30.80	50%	
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	\$30.80	50%	
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$8.80	50%	
D9239	Sedación intravenosa (consciente) moderada/analgesia, primer incremento de 15 minutos	\$24.20	50%	
D9243	Sedación intravenosa (consciente) moderada/analgesia, cada incremento posterior de 15 minutos	\$24.20	50%	
D9248	Sedación no intravenosa (consciente), incluye sedación no intravenosa mínima y moderada	\$37.40	50%	
D9310	Consulta, distinta a la del dentista solicitante	\$30.80	50%	1 (D9310) cada 6 meses
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	\$30.80	50%	
D9410	Llamada a casa/centro de atención de largo plazo	\$28.60	50%	1 de (D9410-D9440) cada 6 meses
D9420	Llamada a hospital o centro de cirugía ambulatoria	\$33.00	50%	
D9430	Visita en el consultorio, observación, horario habitual, no otros servicios	\$12.10	50%	
D9440	Visita en el consultorio después del horario de atención habitual	\$20.90	50%	
D9450	Presentación de caso, planificación de tratamiento posterior, detallado, extensivo	\$9.90	50%	
D9610	Medicamento parenteral terapéutico, administración única	\$9.90	50%	1 de (D9610-D9630) cada 6 meses
D9612	Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos.	\$15.40	50%	
D9630	Fármacos o medicamentos despachados en el consultorio para uso en casa	\$15.40	50%	
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$6.60	50%	1 de (D9910, D9911) por pieza dental cada 2 años calendario
D9911	Aplicación de resina desensibilizante para superficie cervical, radicular, por pieza dental	\$11.00	50%	
D9920	Manejo conductual, según reporte	\$11.00	50%	
D9930	Tratamiento de complicaciones, posquirúrgicas, inusuales, según reporte	\$0.00	50%	1 (D9930) cada 2 años calendario
D9942	Reparación o realineación de protector oclusal	\$30.80	50%	1 (D9942) cada 2 años calendario
D9944	Protector oclusal, aparato rígido, arco completo	\$117.70	50%	1 de (D9944-D9946) cada 2 años calendario
D9945	Protector oclusal, aparato blando, arco completo	\$117.70	50%	
D9946	Protector oclusal, aparato rígido, arco parcial	\$117.70	50%	
D9950	Análisis oclusal, caso montado	\$41.80	50%	1 de (D9950-D9952) cada 2 años calendario



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

CDT Código	Descripción	Responsabilidad del miembro dentro de la red	Responsabilidad del miembro fuera de la red	Limitaciones
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$20.90	50%	1 de (D9950-D9952) cada 2 años calendario
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$118.80	50%	
D9985	Impuesto sobre ventas	\$0.00	0%	
D9986	Cita perdida	\$0.00	0%	
D9987	Cita cancelada	\$0.00	0%	
D9991	Administración de casos dentales, tratando las barreras para cumplir las citas	\$0.00	50%	
D9992	Administración de casos dentales, coordinación de atención	\$0.00	50%	
D9993	Administración de casos dentales, entrevistas de motivación	\$0.00	50%	
D9994	Administración de casos dentales, información para el paciente para mejorar los conocimientos en salud bucal	\$0.00	50%	
D9995	Teleodontología, simultánea: consulta en tiempo real	\$0.00	0%	2 de (D9995, D9996) cada año calendario
D9996	Teleodontología, no simultánea: información almacenada y trasladada al dentista para revisión posterior	\$0.00	0%	



Memorial Hermann Prime Value MA only HMO

Limitaciones y exclusiones

1. Abajo se mencionan algunos de los criterios clínicos y las directrices de Liberty. El acceso a una lista completa y general de los criterios clínicos y las directrices de LIBERTY está disponible por medio de Servicios para miembros (Member Services) llamando al (866) 610-0282 o buscando en el sitio para miembros de Liberty Dental en libertydentalplan.com. La documentación obligatoria para cada servicio se menciona en el Programa de beneficios. Los servicios que se pidan sin que se entregue la documentación obligatoria se denegarán.
2. Para las solicitudes de coronas, tratamiento de canales y dentaduras postizas parciales es necesario que el diente/los dientes tengan un buen pronóstico restaurativo, endodoncia y periodontal a largo plazo (por lo menos, 50 % de soporte del hueso) para su aprobación.
3. Los dientes sin tratamiento de canal deben mostrar evidencia de deterioro, fractura, restauración fallida, etc., que debiliten más del 50 % del diente.
4. El reemplazo de una corona existente, una dentadura postiza parcial o una prótesis dental que, en opinión del director dental de LIBERTY, sea satisfactoria o que pueda hacerse satisfactoria, no está cubierto.
5. Servicios dentales cosméticos o experimentales, o procedimientos que no se hacen generalmente en un consultorio dental en general. Las coronas para fines de estética, o como resultado de desgaste y erosión normal, retracción, abfracción o abrasión no están cubiertas.
6. Cualquier procedimiento que no esté mencionado específicamente como un beneficio cubierto en este Programa de beneficios. Cualquier servicio solicitado junto con o que dependa de la prestación de un servicio denegado también se denegará.
7. Cualquier tratamiento cubierto según un plan médico individual o de grupo, seguro de auto, seguro de auto independiente de la culpabilidad o póliza de conductor no asegurado, hasta donde el estatuto federal o estatal lo permita, no está cubierto.
8. El tratamiento, como resultado de insurrección civil, deber como miembro de las fuerzas armadas de cualquier estado o país, participación en un acto de guerra declarada o no declarada, explosión nuclear intencional o no intencional, u otra liberación de energía nuclear, sea en tiempos de paz o de guerra, no está cubierto.
9. Los servicios por lesiones o condiciones que se paguen o sean pagaderas según la Compensación de los trabajadores o las leyes de responsabilidad del empleador, y el tratamiento que dé a usted sin costo cualquier municipio, condado u otra subdivisión política, no están cubiertos.
10. Las tarifas relacionadas con faltas a citas, preparación o copias de reportes dentales, duplicación de radiografías, facturas pormenorizadas o formularios de reclamos, no están cubiertos.
11. El costo de hospitalización o de productos farmacéuticos.
12. Los servicios que no se pueden prestar debido a la salud general del paciente.
13. Servicios que no son congruentes con los servicios usuales y habituales que preste un dentista general o especialista de la red.
14. Cualquier tratamiento dental comenzado antes de la fecha de entrada en vigor para el miembro.
15. Tratamiento relacionado con quistes, neoplasias o tumores malignos.
16. Servicios que, en opinión del dentista general o especialista de la red, no son necesarios para la salud dental del paciente.

mhhp.org/ma

Copyright © 2024 Memorial Hermann.
Todos los derechos están reservados.

**MEMORIAL[®]
HERMANN**
Health Plan
Medicare Advantage Plans