



## Nevada Cost Comparison: Dental DMO vs. PPO

(projected cost when using in-network provider)

	<b>DMO</b> <b>D</b> ental <b>M</b> aintenance <b>O</b> ption	<b>PPO (current)</b> <b>P</b> referred <b>P</b> rovider <b>O</b> ption
<b>Annual Deductible</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Annual Benefit Maximum</b>	<b>No Annual Maximum</b>	<b>\$1,500*** / \$2,500</b>
<b>Network of Providers</b>	<b>LIBERTY DMO/EPO</b>	<b>DentalGuard Preferred Select PPO</b>
<b>General Dentists</b>	<b>Open Access</b>	<b>Open Access</b>
<b>Specialists</b>	<b>Referral made by LIBERTY</b>	<b>Open Access</b>
<b>Diagnostic Services</b> Oral Evaluations (Exams) Radiographs (X-rays) Pulp Vitality Tests	<b>You Pay*</b> <b>\$0</b>	<b>You Pay**</b> <b>\$0</b>
<b>Preventive Services</b> Prophylaxis (cleaning) Fluoride		
<b>Basic Services</b> Filling (amalgam, 1 surface) Filling (resin-based composite, 1 surface, antr) Extraction, erupted tooth Surgical removal of erupted tooth Removal of impacted tooth	<b>You Pay*</b> <b>\$0</b> <b>\$0</b> <b>\$0</b> <b>\$0</b> <b>\$35</b>	<b>You Pay**</b> <b>\$0</b>
<b>Endodontic Services</b> Root Canal – anterior (excluding crown) Root Canal – molar (excluding crown)	<b>\$30</b> <b>\$90</b>	
<b>Periodontal Services</b> Periodontal scaling & root planing Periodontal maintenance	<b>\$10</b> <b>\$10</b>	
<b>Major Services</b> Crown: porcelain fused to metal Complete Denture: mandibular	<b>You Pay*</b> <b>\$62</b> <b>\$70</b>	<b>You Pay**</b> <b>\$221</b> <b>\$346</b>
<b>Orthodontic Services</b>	<b>You Pay*</b> <b>Child = \$1,200</b> <b>Adult = \$1,200</b>	<b>You Pay**</b> <b>Child = \$2,836</b> <small>Available In-Network only for dependent enrollee children under age 19</small>

\*Please review the LVSC-215 & Ortho-200 Benefit Schedule for co-pay amounts for services not listed in this document.

\*\*In-Network Benefits for the current PPO are paid at 100% for Preventive/Diagnostic, 100% for Basic/Restorative and 60% for Major Services. Illustration above represents your cost for Southern Nevada PPO General Dentists.

\*\*\*Beginning January 1, 2021, Team Members who received a dental cleaning/screening under the LVSC dental plan in the previous plan year (2020) will receive a maximum annual In-Network dental benefit of \$2,500 for the 2021 plan year.

Beginning January 1, 2021, Team Members who did not receive a dental cleaning/screening under the LVSC dental plan in the previous plan year (2020) will receive a maximum annual In-Network dental benefit of \$1,500 for the 2021 plan year.

If dental cleaning/screening is performed at year end there may be a delay in benefit amount being updated until the claim is paid. Out-of-Network benefit will remain at \$1,500. Refer to LVSC PPO 2020-2021 Benefit Schedule.

**LIBERTY Dental Plan of Nevada**

**(888) 401-1128**

P.O. Box 401086

Las Vegas, NV 89140

[www.libertydentalplan.com/LVSandsCorp](http://www.libertydentalplan.com/LVSandsCorp)

## Nevada Comparación de costos: Dental DMO vs. Plan

(Costo aproximado al utilizar un proveedor dentro de la red)

	<b>DMO</b> <u>D</u> ental <u>M</u> aintenance <u>O</u> ption	<b>PPO (actual)</b> <u>P</u> referred <u>P</u> rovider <u>O</u> ption
<b>Deducible Anual</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>Beneficio Máximo Anual</b>	<b>No Máximo Anual</b>	<b>\$1,500*** / \$2,500</b>
<b>Red de Proveedores</b>	<b>LIBERTY DMO/EPO</b>	<b>DentalGuard Preferred Select PPO</b>
<b>Dentista General</b>	<b>Acceso abierto</b>	<b>Acceso abierto</b>
<b>Especialistas</b>	<b>Referencia coordinada por LIBERTY</b>	<b>Acceso abierto</b>
<b>Servicios de Diagnóstico</b> Evaluación oral (Examen) Radiografías (Rayos x) Pruebas de vitalidad pulpar	<b>Usted Paga*</b> <b>\$0</b>	<b>Usted Paga*</b> <b>\$0</b>
<b>Servicios Preventivos</b> Profilaxis (limpieza) Fluoruro		
<b>Servicios Basicos</b> Relleno (amalgama, 1 superficie) Relleno (Resina compuesta, 1 superficie, anterior) Extracción, dientes erupcionados Remoción quirúrgica de un diente erupcionado Remoción de un diente impactado	<b>Usted Paga*</b> \$0 \$0 \$0 \$0 \$35	
<b>Servicios Endodónticos</b> Tratamiento del nervio- anterior (excluyendo la restauración final) Tratamiento del nervio- molar (excluyendo la restauración final)	\$30 \$90	<b>Usted Paga**</b> <b>\$0</b>
<b>Servicios Periodontales</b> Limpieza periodontal y raspado radicular Mantenimiento periodontal	\$10 \$10	
<b>Servicios Principales</b> Corona, porcelana con metal base predominante Prótesis completa, mandibular	<b>Usted Paga*</b> \$62 \$70	<b>Usted Paga**</b> \$221 \$346
<b>Servicios de Orthodoncia</b>	<b>Usted Paga*</b> <b>Niño(a) = \$1,200</b> <b>Adulto = \$1,200</b>	<b>Usted Paga**</b> <b>Niño(a) = \$2,836</b> <small>Disponible dentro de la red para hijos dependientes menores de 19 años.</small>

\* Revise el Plan de Beneficios LVSC-215 (con Ortho-200) para los co-pagos por servicios no mencionados en este documento.

\*\* Beneficios utilizados dentro de la red con el plan de PPO actual se pagan: 100% para Preventivo y Diagnóstico, 100% para Básico y el 60% para los servicios Principales. La Ilustración de arriba representa el costo al usar un dentista general en la red PPO en el Sur de Nevada.

\*\*\*Comenzando 1 de enero 2021, Miembros del equipo que recibieron una limpieza dental / chequeo dental bajo el plan LVSC en el año anterior del plan (2020) recibirán un máximo anual de \$ 2,500 para beneficios dentales dentro de la red para el año del plan 2021. Comenzando 1 de enero 2021, Miembros del equipo que no recibieron una limpieza dental / chequeo dental bajo el plan LVSC en el año anterior del plan (2020) recibirán un máximo anual de \$ 1,500 para beneficios dentales dentro de la red para el año del plan 2021. Si su limpieza dental / chequeo dental se realiza al final del año puede haber un retraso en la cantidad de beneficios que se actualiza hasta que los reclamos sean procesados. Beneficio fuera de la red se mantendrá \$1,500. Consulte el programa de beneficios LVSC PPO 2020-2021.

**LIBERTY Dental Plan of Nevada**

(888) 401-1128

P.O. Box 401086

Las Vegas, NV 89140

[www.libertydentalplan.com/LVSandsCorp](http://www.libertydentalplan.com/LVSandsCorp)