

Resumen de Beneficios

Plan Dental Grupal
Plan DHMO

Dental HMO Basic

Este Resumen de Beneficios muestra la cantidad que pagará usted por los Servicios Cubiertos con este Plan de Blue Shield of California. Es solo un resumen y forma parte de la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)¹. Para obtener detalles, lea ambos documentos con cuidado.

Red de Proveedores Dentales:

Red de DHMO

Este Plan usa una red específica de proveedores de atención dental llamada red de proveedores de DHMO. Los dentistas de esta red se llaman Dentistas Participantes. Debe seleccionar un Dentista Participante de esta red para que le brinde atención dental primaria y lo ayude a obtener los servicios, pero hay algunas excepciones. Lea su Evidencia de Cobertura para saber cómo obtener acceso a la atención en este Plan. Puede encontrar Dentistas Participantes de esta red en blueshieldca.com.

Deducible por Año Calendario (CYD)²

El Deducible por Año Calendario (CYD, por sus siglas en inglés) es la cantidad que paga un Miembro cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

		Quando se usan Dentistas Participantes ³
Deducible por Año Calendario	<i>Cobertura individual</i>	\$0 por persona
	<i>Cobertura familiar</i>	\$0

Beneficio Máximo por Año Calendario

Este Plan paga hasta la cantidad máxima, como se indica para los Servicios Cubiertos y los suministros por año.

	Quando se usan Dentistas Participantes ³
Beneficio Máximo por Año Calendario	No hay máximo

Período de espera

El período de espera es el tiempo que tiene que estar cubierto por el Plan antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos.

Período de espera	No hay período de espera
--------------------------	--------------------------

Sin Límite de Dinero Durante la Membresía

En este Plan, no hay un límite de dinero en la cantidad total que pagará Blue Shield por los Servicios Cubiertos durante la membresía.

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
	Servicios de diagnóstico (exámenes y radiografías)	
D0120	Examen bucodental periódico	\$0
D0140	Examen bucodental limitado, por un problema específico	\$0
D0145	Examen bucodental para un paciente de menos de tres años de edad	\$0
D0150	Examen bucodental completo	\$0
D0160	Examen bucodental detallado y amplio, por un problema específico	\$0
D0170	Repetición de examen, limitado, por un problema específico (no aplica a visitas posoperatorias)	\$0
D0180	Examen periodontal completo	\$0
D0190	Evaluación de un paciente	\$0
D0191	Examen de un paciente	\$0
D0210	Serie completa de radiografías intrabucales, incluso radiografías de aleta de mordida (una vez cada 36 meses)	\$0
D0220	Radiografía intrabucal periapical, primera película radiográfica	\$0
D0230	Radiografía intrabucal periapical, cada película radiográfica adicional	\$0
D0240	Radiografía intrabucal oclusal	\$0
D0270	Radiografía de aleta de mordida, una película radiográfica	\$0
D0272	Radiografía de aleta de mordida, dos películas radiográficas	\$0
D0273	Radiografía de aleta de mordida, tres películas radiográficas	\$0
D0274	Radiografía de aleta de mordida, cuatro películas radiográficas	\$0
D0330	Radiografía panorámica (una vez cada 36 meses)	\$0
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0
D0470	Moldes para diagnóstico	\$0
D0480	Recepción de muestras citológicas exfoliativas, examen microscópico, preparación y envío de informe escrito	\$0
D0601	Documentación y evaluación del riesgo de caries, con resultado de riesgo bajo	\$0
D0602	Documentación y evaluación del riesgo de caries, con resultado de riesgo medio	\$0
D0603	Documentación y evaluación del riesgo de caries, con resultado de riesgo alto	\$0
D0701	Radiografía panorámica, solo captura de imagen	\$0
D0702	Radiografía cefalométrica 2D, solo captura de imagen	\$0
D0706	Radiografía intrabucal oclusal, solo captura de imagen	\$0
D0707	Radiografía intrabucal periapical, solo captura de imagen	\$0
D0708	Radiografía intrabucal de aleta de mordida, solo captura de imagen; el eje de la imagen puede ser horizontal o vertical	\$0
D0709	Serie completa de radiografías intrabucales, solo captura de imagen	\$0
	Servicios preventivos (limpiezas y tratamientos con flúor)	

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D1110	Profilaxis, adultos (dos veces cada 12 meses consecutivos)	\$0
D1110	Profilaxis, adultos (adicional dentro del período de 12 meses consecutivos)	\$45
D1110	Limpieza dental ampliada para embarazadas	\$0
D1120	Profilaxis, niños (dos veces cada 12 meses consecutivos)	\$0
D1120	Profilaxis, niños (adicional dentro del período de 12 meses consecutivos)	\$35
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	\$0
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye barniz	\$0
D1330	Enseñanza de higiene bucal	\$0
D1351	Sellador, por diente	\$0
D1352	Reconstrucción preventiva con resina en un paciente con riesgo entre medio y alto de tener caries, diente definitivo, niños de hasta 18 años	\$0
D1510	Separador, fijo, unilateral, por cuadrante	\$40
D1516	Separador, fijo, bilateral, maxilar	\$40
D1517	Separador, fijo, bilateral, mandibular	\$40
D1520	Separador, extraíble, unilateral, por cuadrante	\$40
D1526	Separador, extraíble, bilateral, maxilar	\$40
D1527	Separador, extraíble, bilateral, mandibular	\$40
D1551	Recementación o readhesión de separador bilateral, maxilar	\$40
D1552	Recementación o readhesión de separador bilateral, mandibular	\$40
D1553	Recementación o readhesión de separador unilateral, por cuadrante	\$40
D1556	Extracción de separador unilateral fijo, por cuadrante	\$20
D1557	Extracción de separador bilateral fijo, maxilar	\$20
D1558	Extracción de separador bilateral fijo, mandibular	\$20
D1575	Separador calzado distal, fijo, unilateral, por cuadrante, niños menores de 6 años (una vez durante la membresía)	\$5
	Servicios Reconstructivos menores (empastes)	
D2140	Amalgama, una superficie, diente temporal o definitivo	\$20
D2150	Amalgama, dos superficies, diente temporal o definitivo	\$40
D2160	Amalgama, tres superficies, diente temporal o definitivo	\$60
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, diente temporal o definitivo	\$80
D2330	Resina compuesta, una superficie, anterior	\$20
D2331	Resina compuesta, dos superficies, anterior	\$40
D2332	Resina compuesta, tres superficies, anterior	\$60
D2335	Resina compuesta, cuatro o más superficies o que incluye el ángulo incisal, anterior	\$80
D2390	Resina compuesta, corona, anterior	\$150

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D2391	Resina compuesta, una superficie, posterior	\$75/diente
D2392	Resina compuesta, dos superficies, posterior	\$90
D2393	Resina compuesta, tres superficies, posterior	\$115
D2394	Resina compuesta, cuatro o más superficies, posterior	\$140
	Servicios Reconstructivos mayores (coronas)	
D2542	Recubrimiento (onlay), metálico, dos superficies	\$325
D2543	Recubrimiento (onlay), metálico, tres superficies	\$325
D2544	Recubrimiento (onlay), metálico, cuatro o más superficies	\$325
D2642	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, dos superficies	\$390
D2643	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres superficies	\$410
D2644	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	\$430
D2662	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, dos superficies	\$330
D2663	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, tres superficies	\$350
D2664	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, cuatro o más superficies	\$380
D2710	Corona, resina compuesta, indirecta	\$210/corona
D2720	Corona, resina con metal muy noble	\$395/corona ⁶
D2721	Corona, resina principalmente con metal base	\$330/corona ⁶
D2722	Corona, resina con metal noble	\$360/corona ⁶
D2740	Corona, porcelana/cerámica	\$350/corona ⁶
D2750	Corona, porcelana fundida con metal muy noble	\$350/corona ⁶
D2751	Corona, porcelana fundida principalmente con metal base	\$350/corona ⁶
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	\$350/corona ⁶
D2753	Corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$350/corona ⁶
D2780	Corona, ¾, metal muy noble fundido	\$350/corona ⁶
D2781	Corona, ¾, principalmente metal base fundido	\$350/corona ⁶
D2782	Corona, ¾, metal noble fundido	\$350/corona ⁶
D2783	Corona, ¾, porcelana/cerámica	\$350/corona ⁶
D2790	Corona, completa, metal muy noble fundido	\$350/corona ⁶
D2791	Corona, completa, principalmente metal base fundido	\$350/corona ⁶
D2792	Corona, completa, metal noble fundido	\$350/corona ⁶
D2910	Recementación o readhesión de incrustación (inlay), recubrimiento (onlay), carilla o reconstrucción de cobertura parcial	\$45
D2915	Recementación o readhesión de perno muñón prefabricado o fabricado de forma indirecta	\$45
D2920	Recementación o readhesión de corona	\$15

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente definitivo	\$95
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente temporal	\$30
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente definitivo	\$95
D2932	Corona prefabricada de resina	\$100
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$100
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético, diente temporal	\$100
D2940	Reconstrucción para protección	\$48
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas que sean necesarias	\$118
D2951	Retención de espiga, por diente, además de la reconstrucción	\$25/diente
D2952	Perno muñón, además de la corona, fabricado de forma indirecta	\$165
D2953	Cada perno adicional fabricado de forma indirecta, mismo diente	\$100
D2954	Perno muñón prefabricado, además de la corona	\$140
D2955	Extracción de perno	\$0
D2957	Cada perno adicional prefabricado, mismo diente	\$78
D2980	Reparación de corona por problemas con el material de reconstrucción	\$121
D2981	Reparación de incrustación (inlay) por problemas con el material de reconstrucción	\$48
D2982	Reparación de recubrimiento (onlay) por problemas con el material de reconstrucción	\$73
	Servicios de endodoncia (conductos radiculares)	
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (no incluye reconstrucción final)	\$20
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye reconstrucción final)	\$20
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye reconstrucción final), extracción de la pulpa coronaria en la unión cementodentaria y aplicación de medicamento	\$35
D3221	Desbridamiento pulpar, diente temporal y definitivo	\$60
D3310	Tratamiento de endodoncia, diente anterior (no incluye reconstrucción final)	\$175
D3320	Tratamiento de endodoncia, diente premolar (no incluye reconstrucción final)	\$250
D3330	Tratamiento de endodoncia, diente molar (no incluye reconstrucción final)	\$355
D3331	Tratamiento de obstrucción en el conducto radicular, acceso no quirúrgico	\$40
D3332	Tratamiento de endodoncia incompleto, diente fracturado o que no se puede operar ni reconstruir	\$130
D3346	Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, anterior	\$175
D3347	Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, bicúspide	\$350
D3348	Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, molar	\$525
D3410	Apicectomía, anterior, primera raíz	\$75

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D3421	Apicectomía, premolar, primera raíz	\$75
D3425	Apicectomía, molar, primera raíz	\$75
D3426	Apicectomía, cada raíz adicional	\$75
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	\$113
D3450	Amputación radicular, por raíz	\$125
D3471	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, anterior, primera raíz	\$75
D3472	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente premolar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción.	\$75
D3473	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente molar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción.	\$75
D3911	Barrera intraorificio	\$75
D3920	Hemisección, incluida la extracción de cualquier raíz (no incluye tratamiento de conducto radicular)	\$125
D3950	Preparación de conducto y colocación de espiga o perno prefabricado	\$0
Servicios de periodoncia (enfermedad de las encías)		
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante	\$200
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante	\$40
D4212	Gingivectomía/gingivoplastia, con el fin de permitir el acceso para un procedimiento de reconstrucción, por diente	\$0
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluso alisado radicular, cuatro o más dientes, por cuadrante	\$190
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluso alisado radicular, de uno a tres dientes, por cuadrante	\$138
D4260	Cirugía ósea, incluso elevación de un colgajo de espesor total y cierre, cuatro o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante	\$275
D4261	Cirugía ósea, incluso elevación de un colgajo de espesor total y cierre, de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante	\$138
D4263	Injerto óseo de reposición, diente natural conservado, primer lugar dentro del cuadrante	\$275
D4264	Injerto óseo de reposición, diente natural conservado, cada lugar adicional dentro del cuadrante	\$135
D4266	Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por lugar	\$215
D4267	Regeneración tisular guiada, barrera no reabsorbible, por lugar, incluye extracción de membrana	\$225
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	\$350

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D4273	Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo, incluidas las zonas quirúrgicas donantes y receptoras, primer diente, implante o posición de diente edéntulo en el injerto	\$450
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre, incluidas las zonas quirúrgicas donantes y receptoras, primer diente, implante o posición de diente edéntulo en el injerto	\$375
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre, incluidas las zonas quirúrgicas donantes y receptoras, cada diente, implante o posición de diente edéntulo contiguo adicional en el lugar del mismo injerto	\$225
D4341	Raspado y alisado radicular periodontal, cuatro o más dientes, por cuadrante	\$75
D4342	Raspado y alisado radicular periodontal, de uno a tres dientes, por cuadrante	\$38
D4346	Raspado en caso de inflamación gingival generalizada moderada o grave, toda la boca, después del examen bucodental (11 años de edad o más; una vez cada 12 meses)	\$5
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir un examen bucodental completo y un diagnóstico en la próxima visita	\$75
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en un tejido crevicular enfermo, por diente	\$48
D4910	Mantenimiento periodontal	\$45
Servicios de prótesis dentales extraíbles (dentaduras postizas)		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$400/dentadura postiza
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$400/dentadura postiza
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$400/dentadura postiza
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$400/dentadura postiza
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$400/dentadura postiza
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$400/dentadura postiza
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$400/dentadura postiza ⁶
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$400/dentadura postiza ⁶
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$400/dentadura postiza

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$400/dentadura postiza
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes, maxilar	\$400/dentadura postiza ⁶
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes, mandibular	\$400/dentadura postiza ⁶
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de base flexible (incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes), por cuadrante	\$400/dentadura postiza
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de resina (incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes), por cuadrante	\$400/lugar
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa, maxilar	\$0
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa, mandibular	\$0
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial, maxilar	\$40
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	\$40
D5511	Reparación del daño en la base de la dentadura postiza completa, mandibular	\$85 ⁷
D5512	Reparación del daño en la base de la dentadura postiza completa, maxilar	\$85 ⁷
D5520	Reemplazo de diente faltante o roto, dentadura postiza completa, cada diente	\$75 ⁷
D5611	Reparación de la base de la dentadura postiza parcial de resina, mandibular	\$95 ⁷
D5612	Reparación de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar	\$95 ⁷
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	\$100 ⁷
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	\$100 ⁷
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de sujeción/retención rotos, por diente	\$100 ⁷
D5640	Reemplazo de diente roto, por diente	\$75 ⁷
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	\$85 ⁷
D5660	Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente	\$85 ⁷
D5670	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico de la estructura de metal fundido, maxilar	\$270 ⁷
D5671	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico de la estructura de metal fundido, mandibular	\$270 ⁷
D5710	Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar completa	\$125
D5711	Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular completa	\$125
D5720	Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar parcial	\$125
D5721	Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular parcial	\$125
D5725	Reemplazo de la base, prótesis dental híbrida	\$125
D5730	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, directa	\$125/dentadura postiza ⁸

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D5731	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa, directa	\$125/dentadura postiza ⁸
D5740	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, directa	\$125/dentadura postiza ⁸
D5741	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, directa	\$125/dentadura postiza ⁸
D5750	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, indirecta	\$150/dentadura postiza ⁸
D5751	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa, indirecta	\$150/dentadura postiza ⁸
D5760	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, indirecta	\$150/dentadura postiza ⁸
D5761	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, indirecta	\$150/dentadura postiza ⁸
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza parcial o completa extraíble, indirecto	\$30
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	\$30/unidad de dentadura postiza
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	\$30/unidad de dentadura postiza
Servicios de puentes, pilares o tramos de puente		
D6205	Tramo de puente, resina compuesta indirecta	\$310/diente ⁶
D6210	Tramo de puente, metal muy noble fundido	\$350 ⁶
D6211	Tramo de puente, principalmente metal base fundido	\$350 ⁶
D6212	Tramo de puente, metal noble fundido	\$350 ⁶
D6240	Tramo de puente, porcelana fundida con metal muy noble	\$350 ⁶
D6241	Tramo de puente, porcelana fundida principalmente con metal base	\$350 ⁶
D6242	Tramo de puente, porcelana fundida con metal noble	\$350 ⁶
D6243	Tramo de puente, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$350 ⁶
D6245	Tramo de puente, porcelana/cerámica	\$350 ⁶
D6250	Tramo de puente, resina con metal muy noble	\$350 ⁶
D6251	Tramo de puente, resina principalmente con metal base	\$350 ⁶
D6252	Tramo de puente, resina con metal noble	\$350 ⁶
D6545	Retenedor, metal fundido para prótesis dental fija adherida con resina	\$150 ⁶
D6548	Retenedor, porcelana/cerámica para prótesis dental fija adherida con resina	\$215 ⁶
D6608	Retenedor de recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, dos superficies	\$350 ⁶
D6609	Retenedor de recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$350 ⁶

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D6610	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal muy noble fundido, dos superficies	\$350 ⁶
D6611	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal muy noble fundido, tres o más superficies	\$350 ⁶
D6612	Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, dos superficies	\$350 ⁶
D6613	Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, tres o más superficies	\$350 ⁶
D6614	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, dos superficies	\$350 ⁶
D6615	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, tres o más superficies	\$350 ⁶
D6710	Retenedor de corona, resina compuesta indirecta	\$350 ⁶
D6720	Retenedor de corona, resina con metal muy noble	\$350 ⁶
D6721	Retenedor de corona, resina principalmente con metal base	\$350 ⁶
D6722	Retenedor de corona, resina con metal noble	\$350 ⁶
D6740	Retenedor de corona, porcelana/cerámica	\$350 ⁶
D6750	Retenedor de corona, porcelana fundida con metal muy noble	\$350 ⁶
D6751	Retenedor de corona, porcelana fundida principalmente con metal base	\$350 ⁶
D6752	Retenedor de corona, porcelana fundida con metal noble (solo dientes anteriores y premolares)	\$350 ⁶
D6753	Retenedor de corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$350 ⁶
D6780	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, metal muy noble fundido	\$350 ⁶
D6781	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, principalmente metal base fundido	\$350 ⁶
D6782	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, metal noble fundido	\$350 ⁶
D6783	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, porcelana/cerámica (solo dientes anteriores y premolares)	\$350 ⁶
D6784	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, titanio y aleaciones de titanio	\$350 ⁶
D6790	Retenedor de corona, completa, metal muy noble fundido	\$350 ⁶
D6791	Retenedor de corona, completa, principalmente metal base fundido	\$350 ⁶
D6792	Retenedor de corona, completa, metal noble fundido	\$350 ⁶
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$30
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija por problemas con el material de reconstrucción	\$30 ⁷
	Servicios de cirugía bucodental	
D7111	Extracción, restos coronales, diente temporal	\$20/diente
D7140	Extracción, dientes erupcionados o con raíz expuesta, incluso elevación y/o extracción con fórceps	\$40/diente
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan extracción de hueso y/o división de dientes, incluso elevación del colgajo mucoperióstico, si así se indica	\$75/diente

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes³
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	\$100/diente
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente óseo	\$150/diente
D7240	Extracción de diente impactado, completamente óseo	\$225/diente
D7241	Extracción de diente impactado, completamente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$250
D7250	Extracción de raíces de dientes residuales, procedimiento de corte	\$75
D7251	Coronectomía, extracción parcial deliberada de un diente	\$94
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$350
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal, duro, hueso o diente	\$76 ⁷
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal, blando	\$60 ⁷
D7287	Recolección de muestra citológica exfoliativa	\$60
D7288	Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial	\$30
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$75
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$38
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$75
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$38
D7471	Extracción de exostosis lateral, maxilar o mandibular	\$263
D7472	Extracción de torus palatinus	\$315
D7473	Extracción de torus mandibularis	\$300
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	\$98
D7511	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal, complicado, incluye drenaje de múltiples espacios faciales	\$139
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la eliminación de tejido óseo sin vida	\$170
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$188
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$188/visita
D7963	Frenuloplastia	\$205
D7970	Escisión de tejido hiperplásico, por arco	\$125
D7971	Escisión de encía pericoronaria	\$100
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$301
	Servicios de Ortodoncia	
D8070	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición mixta (niños de hasta 13 años)	\$2,350 ⁹
D8080	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición de adolescentes	\$2,350 ⁹

Los Servicios Cubiertos están incluidos con el código de procedimientos de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

Código de la ADA	Servicios	Cuando se usan Dentistas Participantes ³
D8090	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición de adultos	\$2,650 ⁹
D8210	Tratamiento con aparatos extraíbles	\$360 ⁹
D8220	Tratamiento con aparatos fijos	\$406 ⁹
D8660	Evaluación antes del tratamiento de Ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	\$250 ⁹
D8670	Visita periódica por el tratamiento de Ortodoncia	\$0 ⁹
D8680	Retención de Ortodoncia, incluso extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores	\$250/retenedor ⁹
D8696	Reparación de aparato de Ortodoncia, maxilar	\$88 ⁹
D8697	Reparación de aparato de ortodoncia, mandibular	\$88 ⁹
	Servicios generales adicionales	
D9110	Tratamiento paliativo de emergencia del dolor dental, procedimiento menor	\$20/visita ¹⁰
D9120	División de dentadura postiza parcial fija	\$37
D9210	Anestesia local sin procedimientos de cirugía ni operaciones	\$0
D9211	Anestesia troncular regional	\$0
D9212	Anestesia troncular para la división del nervio trigémino	\$0
D9215	Anestesia local junto con procedimientos de cirugía u operaciones	\$0
D9220	Anestesia general, primeros 30 minutos	\$0
D9221	Anestesia general, cada período adicional de 15 minutos	\$0
D9241	Sedación intravenosa, primeros 30 minutos	\$0
D9242	Sedación intravenosa, cada período adicional de 15 minutos	\$0
D9310	Consulta, consulta de diagnóstico a cargo de un dentista o médico que no sea el dentista o médico que lo solicita (si es necesario)	\$0
D9430	Visita al consultorio para observación durante el horario de atención habitual; no se realizan otros servicios	\$15
D9440	Visita al consultorio después del horario de atención habitual	\$40
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$0
D9942	Reparación y/o realineación de placa oclusal	\$45
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$60
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$125
D9995	Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real	\$0/visita
	Otros servicios	
D9999	Cita cancelada sin avisar 24 horas antes, por 15 minutos de tiempo de la cita	\$20/visita

1 Evidencia de Cobertura (EOC):

La Evidencia de Cobertura (EOC) describe los Beneficios, las limitaciones y las exclusiones que se aplican a la cobertura con este Plan. Lea la EOC para saber más sobre la cobertura descrita en este Resumen de Beneficios. Puede pedir una copia de la EOC en cualquier momento.

Las definiciones de los términos en mayúscula están en la EOC. Consulte la EOC para leer una explicación de los términos usados en este Resumen de Beneficios.

2 Deducible por Año Calendario (CYD):

Deducible por Año Calendario explicado. El Deducible es la cantidad que paga cada Año Calendario antes de que Blue Shield pague los Servicios Cubiertos del Plan.

3 Uso de Dentistas Participantes:

Los Dentistas Participantes tienen un contrato para brindarles a los Miembros Servicios de Atención Dental. Cuando recibe Servicios Cubiertos de un Dentista Participante, usted es responsable solamente del Copago o el Coseguro, una vez que se haya llegado a cualquier Deducible por Año Calendario.

4 Pagos del Miembro por separado cuando se reciben varios Servicios Cubiertos:

Cuando reciba varios Servicios Cubiertos, puede que deba pagar cada servicio por separado (Copago o Coseguro). Cuando pasa esto, es posible que sea responsable de pagar varios Copagos o Coseguros.

5 Servicios de Atención Dental:

Todos los Beneficios de atención dental se brindan a través del Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) de Blue Shield.

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Calendario. Esto aplica solamente si el Miembro permanece inscrito en el Plan. Todos los procedimientos hechos en relación con el tratamiento de Ortodoncia se pagan como Servicios de Ortodoncia Cubiertos.

Servicios Cubiertos de Atención Dental. Todos los Servicios Cubiertos deben ser Médicamente Necesarios, deben ser brindados por el Centro de Atención Dental del Miembro o por otro Dentista Participante al que lo haya referido el Centro de Atención Dental del Miembro y deben ser Autorizados por el Administrador del Plan Dental contratado.

6 Metales y Porcelana:

Los metales preciosos (muy nobles) y semipreciosos (nobles) están sujetos a un cargo adicional. Si estos metales se usan para empastes, coronas, puentes o dispositivos protésicos, están sujetos a un cargo adicional de \$150 por unidad.

El uso de porcelana en coronas molares tiene un costo adicional de \$150 por unidad.

7 Tarifas del laboratorio:

Los Servicios Cubiertos para la reparación de dentaduras postizas, las biopsias y las escisiones están sujetos a un cargo adicional por tarifas del laboratorio. El Miembro es responsable de pagar las tarifas del laboratorio, además de cualquier Copago o Coseguro que corresponda por estos servicios.

8 Servicios de Realineación de Dentaduras Postizas:

Se aplica el Copago o el Coseguro para los Servicios Cubiertos cuando estos servicios se brindan dentro de los seis (6) meses de la colocación inicial de la dentadura postiza. Para los servicios de realineación después de los seis (6)

Notas

meses de la colocación inicial de la dentadura postiza, es obligatorio el Copago o el Coseguro adicional que corresponde a la realineación de dentaduras postizas.

9 Servicios de Ortodoncia:

Servicios de Ortodoncia Cubiertos. El Copago o Coseguro para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos se aplica a un ciclo de tratamiento, incluso si este dura más de un Año Calendario. Esto aplica siempre y cuando el Miembro permanezca inscrito en el Plan.

Tarifa total del caso. La tarifa total del caso para los Servicios de Ortodoncia Cubiertos incluye consulta, plan de tratamiento, movimiento de dientes y retención, y está limitada a \$250 por caso. Es posible que los ortodoncistas les cobren a los Miembros por separado para los registros.

10 Tratamiento Paliativo de Emergencia:

En caso de un examen bucodental de emergencia con tratamiento paliativo, si el tratamiento incluye uno de los procedimientos incluidos en la lista, entonces se aplica el Copago o el Coseguro habitual.

Los Planes pueden ser cambiados para asegurar el cumplimiento de los requisitos Estatales y Federales.

Notices available online

Nondiscrimination and Language Assistance Services

Blue Shield complies with applicable state and federal civil rights laws. We also offer language assistance services at no additional cost.

View our nondiscrimination notice and language assistance notice: blueshieldca.com/notices. You can also call for language assistance services: **(866) 346-7198 (TTY: 711)**

If you are unable to access the website above and would like to receive a copy of the nondiscrimination notice and language assistance notice, please call Customer Care at **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

Servicios de asistencia en idiomas y avisos de no discriminación

Blue Shield cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables. También, ofrecemos servicios de asistencia en idiomas sin costo adicional.

Vea nuestro aviso de no discriminación y nuestro aviso de asistencia en idiomas en blueshieldca.com/notices. Para obtener servicios de asistencia en idiomas, también puede llamar al **(866) 346-7198 (TTY: 711)**.

Si no puede acceder al sitio web que aparece arriba y desea recibir una copia del aviso de no discriminación y del aviso de asistencia en idiomas, llame a Atención al Cliente al **(888) 256-3650 (TTY: 711)**.

非歧視通知和語言協助服務

Blue Shield 遵守適用的州及聯邦政府的民權法。同時，我們免費提供語言協助服務。

如需檢視我司的非歧視通知和語言幫助通知，請造訪 blueshieldca.com/notices。您還可致電尋求語言協助服務：**(866) 346-7198 (TTY: 711)**。

如果您無法造訪上述網站，且希望收到一份非歧視通知和語言幫助通知的副本，請致電客戶服務部，電話：**(888) 256-3650 (TTY: 711)**。