

Dental HMO Standard

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.

Cuando se usan Dentistas Participantes³

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.

Cuando se usan Dentistas Participantes³

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

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 preventivos (limpiezas y tratamientos con flúor)	
D1110	Profilaxis, adultos de 17 años o más (dos veces cada 12 meses consecutivos)	\$0
D1110	Profilaxis, adultos de 17 años o más (adicional dentro del período de 12 meses consecutivos)	\$45
D1110	Limpieza dental ampliada para embarazadas	\$0
D1120	Profilaxis, niños de hasta 16 años (dos veces cada 12 meses consecutivos)	\$0
D1120	Profilaxis, niños de hasta 16 años (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	\$20
D1516	Separador, fijo, bilateral, maxilar	\$20
D1517	Separador, fijo, bilateral, mandibular	\$20
D1520	Separador, extraíble, unilateral, por cuadrante	\$20
D1526	Separador, extraíble, bilateral, maxilar	\$20
D1527	Separador, extraíble, bilateral, mandibular	\$20
D1551	Recementación o readhesión de separador bilateral, maxilar	\$20
D1552	Recementación o readhesión de separador bilateral, mandibular	\$20
D1553	Recementación o readhesión de separador unilateral, por cuadrante	\$20
D1556	Extracción de separador unilateral fijo, por cuadrante	\$15
D1557	Extracción de separador bilateral fijo, maxilar	\$15
D1558	Extracción de separador bilateral fijo, mandibular	\$15
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	\$15
D2150	Amalgama, dos superficies, diente temporal o definitivo	\$30
D2160	Amalgama, tres superficies, diente temporal o definitivo	\$45
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, diente temporal o definitivo	\$60
D2330	Resina compuesta, una superficie, anterior	\$15
D2331	Resina compuesta, dos superficies, anterior	\$30

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
D2332	Resina compuesta, tres superficies, anterior	\$45
D2335	Resina compuesta, cuatro o más superficies o que incluye el ángulo incisal, anterior	\$60
D2390	Resina compuesta, corona, anterior	\$150
D2391	Resina compuesta, una superficie, posterior	\$71/diente
D2392	Resina compuesta, dos superficies, posterior	\$85
D2393	Resina compuesta, tres superficies, posterior	\$109
D2394	Resina compuesta, cuatro o más superficies, posterior	\$133
	Servicios Reconstructivos mayores (coronas)	
D2542	Recubrimiento (onlay), metálico, dos superficies	\$225
D2543	Recubrimiento (onlay), metálico, tres superficies	\$225
D2544	Recubrimiento (onlay), metálico, cuatro o más superficies	\$225
D2642	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, dos superficies	\$350
D2643	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres superficies	\$370
D2644	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	\$390
D2662	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, dos superficies	\$300
D2663	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, tres superficies	\$320
D2664	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, cuatro o más superficies	\$345
D2710	Corona, resina compuesta, indirecta	\$210/corona
D2720	Corona, resina con metal muy noble	\$360/corona ⁶
D2721	Corona, resina principalmente con metal base	\$290/corona ⁶
D2722	Corona, resina con metal noble	\$320/corona ⁶
D2740	Corona, porcelana/cerámica	\$250/corona ⁶
D2750	Corona, porcelana fundida con metal muy noble	\$250/corona ⁶
D2751	Corona, porcelana fundida principalmente con metal base	\$250/corona ⁶
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	\$250/corona ⁶
D2753	Corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$250/corona ⁶
D2780	Corona, ¾, metal muy noble fundido	\$250/corona ⁶
D2781	Corona, ¾, principalmente metal base fundido	\$250/corona ⁶
D2782	Corona, ¾, metal noble fundido	\$250/corona ⁶
D2783	Corona, ¾, porcelana/cerámica	\$250/corona ⁶
D2790	Corona, completa, metal muy noble fundido	\$250/corona ⁶
D2791	Corona, completa, principalmente metal base fundido	\$250/corona ⁶
D2792	Corona, completa, metal noble fundido	\$250/corona 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
D2910	Recementación o readhesión de incrustación (inlay), recubrimiento (onlay), carilla o reconstrucción de cobertura parcial	\$36
D2915	Recementación o readhesión de perno muñón prefabricado o fabricado de forma indirecta	\$38
D2920	Recementación o readhesión de corona	\$10
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente definitivo	\$65
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente temporal	\$20
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente definitivo	\$65
D2932	Corona prefabricada de resina	\$70
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$70
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético, diente temporal	\$70
D2940	Reconstrucción para protección	\$38/diente
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas que sean necesarias	\$60
D2951	Retención de espiga, por diente, además de la reconstrucción	\$20/diente
D2952	Perno muñón, además de la corona, fabricado de forma indirecta	\$144
D2953	Cada perno adicional fabricado de forma indirecta, mismo diente	\$100/diente
D2954	Perno muñón prefabricado, además de la corona	\$117
D2955	Extracción de perno	\$0
D2957	Cada perno adicional prefabricado, mismo diente	\$63/diente
D2980	Reparación de corona por problemas con el material de reconstrucción	\$97
D2981	Reparación de incrustación (inlay) por problemas con el material de reconstrucción	\$39
D2982	Reparación de recubrimiento (onlay) por problemas con el material de reconstrucción	\$58
	Servicios de endodoncia (conductos radiculares)	
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (no incluye reconstrucción final)	\$15
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye reconstrucción final)	\$15
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye reconstrucción final), extracción de la pulpa coronaria en la unión cementodentinaria y aplicación de medicamento	\$30/diente
D3221	Desbridamiento pulpar, diente temporal y definitivo	\$40
D3310	Tratamiento de endodoncia, diente anterior (no incluye reconstrucción final)	\$125
D3320	Tratamiento de endodoncia, diente premolar (no incluye reconstrucción final)	\$175
D3330	Tratamiento de endodoncia, diente molar (no incluye reconstrucción final)	\$225
D3331	Tratamiento de obstrucción en el conducto radicular, acceso no quirúrgico	\$35

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
D3332	Tratamiento de endodoncia incompleto, diente fracturado o que no se puede operar ni reconstruir	\$125
D3346	Repeticón de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, anterior	\$125
D3347	Repeticón de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, bicúspide	\$175
D3348	Repeticón de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, molar	\$225
D3410	Apicectomía, anterior, primera raíz	\$50
D3421	Apicectomía, premolar, primera raíz	\$50
D3425	Apicectomía, molar, primera raíz	\$50
D3426	Apicectomía, cada raíz adicional	\$50
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	\$90
D3450	Amputación radicular, por raíz	\$100
D3471	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, anterior, primera raíz	\$50
D3472	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente premolar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción.	\$50
D3473	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente molar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción.	\$50
D3920	Hemisección, incluida la extracción de cualquier raíz (no incluye tratamiento de conducto radicular)	\$100
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	\$150
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante	\$30
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	\$113
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	\$225
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	\$113
D4263	Injerto óseo de reposición, diente natural conservado, primer lugar dentro del cuadrante	\$230

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
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	\$250
D4270	Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando	\$280
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	\$360
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	\$300
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	\$180
D4341	Raspado y alisado radicular periodontal, cuatro o más dientes, por cuadrante	\$40
D4342	Raspado y alisado radicular periodontal, de uno a tres dientes, por cuadrante	\$20
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/toda la boca
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir un examen bucodental completo y un diagnóstico en la próxima visita	\$40
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en un tejido crevicular enfermo, por diente	\$26
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30
	Servicios de prótesis dentales extraíbles (dentaduras postizas)	
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$250/dentadura postiza
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$250/dentadura postiza
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$250/dentadura postiza
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$250/dentadura postiza
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$275/dentadura postiza
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$275/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
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	\$275/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	\$275/dentadura postiza ⁶
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$275/dentadura postiza
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$275/dentadura postiza
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes, maxilar	\$275/dentadura postiza ⁶
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes, mandibular	\$275/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	\$275/dentadura postiza
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de resina (incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes), por cuadrante	\$275/dentadura postiza
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	\$100/dentadura postiza
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	\$40/dentadura postiza
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	\$75 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	\$165 ⁷

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
D5671	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico de la estructura de metal fundido, mandibular	\$1657
D5710	Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar completa	\$100
D5711	Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular completa	\$100
D5720	Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar parcial	\$100
D5721	Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular parcial	\$100
D5730	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, directa	\$100/dentadura postiza ⁸
D5731	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa, directa	\$100/dentadura postiza ⁸
D5740	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, directa	\$100/dentadura postiza ⁸
D5741	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, directa	\$100/dentadura postiza ⁸
D5750	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, indirecta	\$125/dentadura postiza ⁸
D5751	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa, indirecta	\$125/dentadura postiza ⁸
D5760	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, indirecta	\$125/dentadura postiza ⁸
D5761	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, indirecta	\$125/dentadura postiza ⁸
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	\$20/unidad de dentadura postiza
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	\$20/unidad de dentadura postiza
	Servicios de puentes, pilares o tramos de puente	
D6205	Tramo de puente, resina compuesta indirecta	\$250/diente reemplazado ⁶
D6210	Tramo de puente, metal muy noble fundido	\$250 ⁶
D6211	Tramo de puente, principalmente metal base fundido	\$250 ⁶
D6212	Tramo de puente, metal noble fundido	\$250 ⁶
D6240	Tramo de puente, porcelana fundida con metal muy noble	\$250 ⁶
D6241	Tramo de puente, porcelana fundida principalmente con metal base	\$250 ⁶
D6242	Tramo de puente, porcelana fundida con metal noble	\$250 ⁶
D6243	Tramo de puente, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$250 ⁶
D6245	Tramo de puente, porcelana/cerámica	\$250 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
D6250	Tramo de puente, resina con metal muy noble	\$250 ⁶
D6251	Tramo de puente, resina principalmente con metal base	\$250 ⁶
D6252	Tramo de puente, resina con metal noble	\$250 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	\$250 ⁶
D6609	Retenedor de recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$250 ⁶
D6610	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal muy noble fundido, dos superficies	\$250 ⁶
D6611	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal muy noble fundido, tres o más superficies	\$250 ⁶
D6612	Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, dos superficies	\$250 ⁶
D6613	Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, tres o más superficies	\$250 ⁶
D6614	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, dos superficies	\$250 ⁶
D6615	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, tres o más superficies	\$250 ⁶
D6710	Retenedor de corona, resina compuesta indirecta	\$250 ⁶
D6720	Retenedor de corona, resina con metal muy noble	\$250 ⁶
D6721	Retenedor de corona, resina principalmente con metal base	\$250 ⁶
D6722	Retenedor de corona, resina con metal noble	\$250 ⁶
D6740	Retenedor de corona, porcelana/cerámica	\$250 ⁶
D6750	Retenedor de corona, porcelana fundida con metal muy noble	\$250 ⁶
D6751	Retenedor de corona, porcelana fundida principalmente con metal base	\$250 ⁶
D6752	Retenedor de corona, porcelana fundida con metal noble (solo dientes anteriores y premolares)	\$250 ⁶
D6753	Retenedor de corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$250 ⁶
D6780	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, metal muy noble fundido	\$250 ⁶
D6781	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, principalmente metal base fundido	\$250 ⁶
D6782	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, metal noble fundido	\$250 ⁶
D6783	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, porcelana/cerámica (solo dientes anteriores y premolares)	\$250 ⁶
D6784	Retenedor de corona, $\frac{3}{4}$, titanio y aleaciones de titanio	\$250 ⁶
D6790	Retenedor de corona, completa, metal muy noble fundido	\$250 ⁶
D6791	Retenedor de corona, completa, principalmente metal base fundido	\$250 ⁶
D6792	Retenedor de corona, completa, metal noble fundido	\$250 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
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$20
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija por problemas con el material de reconstrucción	\$20 ⁷
	Servicios de cirugía bucodental	
D7111	Extracción, restos coronales, diente temporal	\$10/diente
D7140	Extracción, dientes erupcionados o con raíz expuesta, incluso elevación y/o extracción con fórceps	\$23/diente
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan extracción de hueso y/o división de dientes, incluso elevación del colgajo mucoperióstico, si así se indica	\$45/diente
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	\$50/diente
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente óseo	\$75/diente
D7240	Extracción de diente impactado, completamente óseo	\$95/diente
D7241	Extracción de diente impactado, completamente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$95
D7250	Extracción de raíces de dientes residuales, procedimiento de corte	\$60
D7251	Coronectomía, extracción parcial deliberada de un diente	\$75
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal, duro, hueso o diente	\$51 ⁷
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal, blando	\$40 ⁷
D7287	Recolección de muestra citológica exfoliativa	\$40
D7288	Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial	\$20
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$60/cuadrante
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$30/cuadrante
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$60/cuadrante
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$30/cuadrante
D7471	Extracción de exostosis lateral, maxilar o mandibular	\$210
D7472	Extracción de torus palatinus	\$252
D7473	Extracción de torus mandibularis	\$240
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	\$78
D7511	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal, complicado, incluye drenaje de múltiples espacios faciales	\$111
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la eliminación de tejido óseo sin vida	\$174

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
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$150
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$150/visita
D7963	Frenuloplastia	\$164
D7970	Escisión de tejido hiperplásico, por arco	\$125
D7971	Escisión de encía pericoronaria	\$80
D7972	Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$241
	Servicios de Ortodoncia	
D8070	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición mixta (niños de hasta 13 años)	\$1,800 ⁹
D8080	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición de adolescentes	\$1,800 ⁹
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/visit 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	\$12

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
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/toda la boca
D9952	Ajuste oclusal, completo	\$125/toda la boca
	Otros servicios	
D9999	Cita cancelada sin avisar 24 horas antes, por 15 minutos de tiempo de la cita	\$25/visita

Notas

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

Notas

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) 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.

Blue Shield of California

Aviso de información sobre los requisitos de no discriminación y accesibilidad

La discriminación es contra la ley

Blue Shield of California cumple con las leyes federales de derechos civiles y las leyes estatales aplicables y no discrimina a las personas por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad. Blue Shield of California no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California:

- Da ayuda y servicios gratis a personas con discapacidades para que se comuniquen bien con nosotros; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (incluso letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Da servicios de idiomas gratis a personas cuyo primer idioma no es el inglés; por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita alguno de estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California.

Si cree que Blue Shield of California no le ha dado estos servicios o que lo ha discriminado de otra manera, ya sea por su raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede hacer un reclamo en:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007

Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)

Fax: (844) 696-6070

Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Puede hacer el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacer un reclamo, nuestro Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición. También puede hacer una queja de derechos civiles en la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) de manera electrónica mediante el portal de quejas de dicha oficina, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
(800) 368-1019; TTY: (800) 537-7697

Los formularios de quejas están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of the Availability of Language Assistance Services

Blue Shield of California

IMPORTANT: Can you read this letter? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this letter written in your language. For help at no cost, please call right away at the Member/Customer Service telephone number on the back of your Blue Shield ID card, or (866) 346-7198.

IMPORTANTE: ¿Puede leer esta carta? Si no, podemos hacer que alguien le ayude a leerla. También puede recibir esta carta en su idioma. Para ayuda sin cargo, por favor llame inmediatamente al teléfono de Servicios al miembro/cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de Blue Shield o al (866) 346-7198. (Spanish)

重要通知： 您能讀懂這封信嗎？如果不能，我們可以請人幫您閱讀。這封信也可以用您所講的語言書寫。如需免費幫助，請立即撥打登列在您的Blue Shield ID卡背面上的會員/客戶服務部的電話，或者撥打電話 (866) 346-7198。(Chinese)

QUAN TRỌNG: Quý vị có thể đọc lá thư này không? Nếu không, chúng tôi có thể nhờ người giúp quý vị đọc thư. Quý vị cũng có thể nhận lá thư này được viết bằng ngôn ngữ của quý vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi ngay đến Ban Dịch vụ Hội viên/Khách hàng theo số ở mặt sau thẻ ID Blue Shield của quý vị hoặc theo số (866) 346-7198. (Vietnamese)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ang sulat na ito? Kung hindi, maari kaming kumuha ng isang tao upang matulungan ka upang mabasa ito. Maari ka ring makakuha ng sulat na ito na nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, mangyaring tumawag kaagad sa numerong telepono ng Miyembro/Customer Service sa likod ng iyong Blue Shield ID kard, o (866) 346-7198. (Tagalog)

Baa' ákohwiindzindooígí: Díí naaltsoosish yíiniłta'go bííniǰahah? Doo bííniǰahahgóó éí, naaltsoos nich'í' yíidóoltaǰígí'í' nihee hółó. Díí naaltsoos ałdó' t'áá Diné k'ehjí ádoolníł nínízingo bíiǰahah. Doo ɓaǰah ílinígó shíká' adoowoł nínízingó nihich'í' béesh bee hodíilnih dóó námboo éí díí Blue Shield bee ného'díłzinígí bine'déé' bikáá' éí doodagó éí (866) 346-7198 jí' hodíilnih. (Navajo)

중요: 이 서신을 읽을 수 있으세요? 읽으실 수 경우, 도움을 드릴 수 있는 사람이 있습니다. 또한 다른 언어로 작성된 이 서신을 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받으시려면 Blue Shield ID 카드 뒷면의 회원/고객 서비스 전화번호 또는 (866) 346-7198로 지금 전환하세요. (Korean)

ԿԱՐՆԵՎՈՐ Է: Կարողանում ե՞ք կարդալ այս նամակը: Եթե ոչ, ապա մենք կօգնենք ձեզ: Դուք պետք է նաև կարողանաք ստանալ այս նամակը ձեր լեզվով: Օտարալեզուներն անվճար է: Խնդրում ենք անմիջապես զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժնի հեռախոսահամարով, որը նշված է ձեր Blue Shield ID քարտի ետևի մասում, կամ (866) 346-7198 համարով: (Armenian)

ВАЖНО: Не можете прочесть данное письмо? Мы поможем вам, если необходимо. Вы также можете получить это письмо написанное на вашем родном языке. Позвоните в Службу клиентской/членской поддержки прямо сейчас по телефону, указанному сзади идентификационной карты Blue Shield, или по телефону (866) 346-7198, и вам помогут совершенно бесплатно. (Russian)

重要： お客様は、この手紙を読むことができますか？もし読むことができない場合、弊社が、お客様をサポートする人物を手配いたします。また、お客様の母国語で書かれた手紙をお送りすることも可能です。無料のサポートを希望される場合は、Blue Shield IDカードの裏面に記載されている会員/お客様サービスの電話番号、または、(866) 346-7198にお電話をおかけください。(Japanese)

مهم: آیا می‌توانید این نامه را بخوانید؟ اگر پاسختان منفی است، می‌توانیم کسی را برای کمک به شما در اختیارتان قرار دهیم. حتی می‌توانید نسخه مکتوب این نامه را به زبان خودتان دریافت کنید. برای دریافت کمک رایگان، لطفاً بدون فوت وقت از طریق شماره تلفنی که در پشت کارت شناسی Blue Shield تان درج شده است و یا از طریق شماره تلفن (866) 346-7198 با خدمات اعضا/مشتری تماس بگیرید.
(Persian)

ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਪੱਤਰ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿਚ ਮਦਦ ਲਈ ਅਸੀਂ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਸੀਂ ਇਹ ਪੱਤਰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਵਿਚ ਮਦਦ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਤੁਹਾਡੇ Blue Shield ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ/ਕਸਟਮਰ ਸਰਵਿਸ ਟੈਲੀਫੋਨ ਨੰਬਰ ਤੇ, ਜਾਂ (866) 346-7198 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ប្រការសំខាន់៖ តើអ្នកអាចលិខិតនេះ បានដែរឬទេ? បើមិនអាចទេ យើងអាចឲ្យគេជួយអ្នកក្នុងការអានលិខិតនេះ។ អ្នកក៏អាចទទួលបានលិខិតនេះជាភាសារបស់អ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទក្លាមញ់ទៅកាន់លេខទូរស័ព្ទសេវាសមាជិក/អតិថិជនដែលមាននៅលើខ្ទង់ប័ណ្ណសម្គាល់ Blue Shield របស់អ្នក ឬតាមរយៈលេខ (866) 346-7198។ (Khmer)

المهم: هل تستطيع قراءة هذا الخطاب؟ أن لم تستطع قراءته، يمكننا إحضار شخص ما ليساعدك في قراءته. قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على هذا الخطاب مكتوباً بلغتك. للحصول على المساعدة بدون تكلفة، يرجى الاتصال الآن على رقم هاتف خدمة العملاء/أحد الأعضاء المدون على الجانب الخلفي من بطاقة الهوية Blue Shield أو على الرقم (866) 346-7198. (Arabic)

TSEEM CEEB: Koj pos tuaj yeem nyeem tau tsab ntawv no? Yog hais tias nyeem tsis tau, peb tuaj yeem nrhiav ib tug neeg los pab nyeem nws rau koj. Tej zaum koj kuj yuav tau txais muab tsab ntawv no sau ua koj hom lus. Rau kev pab txhais dawb, thov hu kiag rau tus xov tooj Kev Pab Cuam Tub Koom Xeeb/Tub Lag Luam uas nyob rau sab nraum nrob qaum ntawm koj daim npav Blue Shield ID, los yog hu rau tus xov tooj (866) 346-7198.
(Hmong)

สำคัญ: คุณอ่านจดหมายฉบับนี้ได้หรือไม่ หากไม่ได้ โปรดขอความช่วยเหลือจากผู้อ่านได้
คุณอาจได้รับจดหมายฉบับนี้เป็นภาษาของคุณ หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย
โปรดติดต่อฝ่ายบริการลูกค้า/สมาชิกทางเบอร์โทรศัพท์ในบัตรประจำตัว Blue Shield ของคุณ หรือโทร
(866) 346-7198 (Thai)

महत्वपूर्ण: क्या आप इस पत्र को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी मदद के लिए किसी व्यक्ति का प्रबंध कर सकते हैं। आप इस पत्र को अपनी भाषा में भी प्राप्त कर सकते हैं। निःशुल्क मदद प्राप्त करने के लिए अपने Blue Shield ID कार्ड के पीछे दिए गये मੈਂबर/कस्टमर सर्विस टेलीफोन नंबर, या (866) 346-7198 पर कॉल करें। (Hindi)

ສິ່ງສຳຄັນ: ທ່ານສາມາດອ່ານຈົດໝາຍນີ້ໄດ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານບໍ່ໄດ້, ພວກເຮົາສາມາດໃຫ້ບາງຄົນຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານຮູ້ໄດ້.
ທ່ານຍັງສາມາດຂໍໃຫ້ແປຈົດໝາຍນີ້ເປັນພາສາຂອງທ່ານໄດ້. ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແບບບໍ່ເສຍຄ່າ, ກະລຸນາ
ໂທຫາເບີໂທຂອງຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ/ລູກຄ້າໃນທັນທີເບີໂທລະສັບຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດສະມາຊິກ Blue Shield ຂອງທ່ານ,
ຫຼືໂທໂທເບີ(866) 346-7198. (Laotian)