

Dental HMO Plus

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 |
| | 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 | \$10 |
| D1516 | Separador, fijo, bilateral, maxilar | \$10 |
| D1517 | Separador, fijo, bilateral, mandibular | \$10 |
| D1520 | Separador, extraíble, unilateral, por cuadrante | \$10 |
| D1526 | Separador, extraíble, bilateral, maxilar | \$10 |
| D1527 | Separador, extraíble, bilateral, mandibular | \$10 |
| D1551 | Recementación o readhesión de separador bilateral, maxilar | \$10 |
| D1552 | Recementación o readhesión de separador bilateral, mandibular | \$10 |
| D1553 | Recementación o readhesión de separador unilateral, por cuadrante | \$10 |
| D1556 | Extracción de separador unilateral fijo, por cuadrante | \$10 |
| D1557 | Extracción de separador bilateral fijo, maxilar | \$10 |
| D1558 | Extracción de separador bilateral fijo, mandibular | \$10 |
| 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 | \$10 |
| D2150 | Amalgama, dos superficies, diente temporal o definitivo | \$20 |
| D2160 | Amalgama, tres superficies, diente temporal o definitivo | \$30 |
| D2161 | Amalgama, cuatro o más superficies, diente temporal o definitivo | \$40 |
| D2330 | Resina compuesta, una superficie, anterior | \$10 |
| D2331 | Resina compuesta, dos superficies, anterior | \$20 |
| D2332 | Resina compuesta, tres superficies, anterior | \$30 |
| D2335 | Resina compuesta, cuatro o más superficies o que incluye el ángulo incisal, anterior | \$40 |
| 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 | \$64/diente |
| D2392 | Resina compuesta, dos superficies, posterior | \$76 |
| D2393 | Resina compuesta, tres superficies, posterior | \$98 |
| D2394 | Resina compuesta, cuatro o más superficies, posterior | \$120 |
| | Servicios Reconstructivos mayores (coronas) | |
| D2542 | Recubrimiento (onlay), metálico, dos superficies | \$125 |
| D2543 | Recubrimiento (onlay), metálico, tres superficies | \$125 |
| D2544 | Recubrimiento (onlay), metálico, cuatro o más superficies | \$125 |
| D2642 | Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, dos superficies | \$310 |
| D2643 | Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres superficies | \$325 |
| D2644 | Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, cuatro o más superficies | \$340 |
| D2662 | Recubrimiento (onlay), resina compuesta, dos superficies | \$270 |
| D2663 | Recubrimiento (onlay), resina compuesta, tres superficies | \$285 |
| D2664 | Recubrimiento (onlay), resina compuesta, cuatro o más superficies | \$305 |
| D2710 | Corona, resina compuesta, indirecta | \$210/corona |
| D2720 | Corona, resina con metal muy noble | \$325/corona ⁶ |
| D2721 | Corona, resina principalmente con metal base | \$260/corona ⁶ |
| D2722 | Corona, resina con metal noble | \$290/corona ⁶ |
| D2740 | Corona, porcelana/cerámica | \$150/corona ⁶ |
| D2750 | Corona, porcelana fundida con metal muy noble | \$150/corona ⁶ |
| D2751 | Corona, porcelana fundida principalmente con metal base | \$150/corona ⁶ |
| D2752 | Corona, porcelana fundida con metal noble | \$150/corona ⁶ |
| D2753 | Corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | \$150/corona ⁶ |
| D2780 | Corona, ¾, metal muy noble fundido | \$150/corona ⁶ |
| D2781 | Corona, ¾, principalmente metal base fundido | \$150/corona ⁶ |
| D2782 | Corona, ¾, metal noble fundido | \$150/corona ⁶ |
| D2783 | Corona, ¾, porcelana/cerámica | \$150/corona ⁶ |
| D2790 | Corona, completa, metal muy noble fundido | \$150/corona ⁶ |
| D2791 | Corona, completa, principalmente metal base fundido | \$150/corona ⁶ |
| D2792 | Corona, completa, metal noble fundido | \$150/corona ⁶ |
| D2910 | Recementación o readhesión de incrustación (inlay), recubrimiento (onlay), carilla o reconstrucción de cobertura parcial | \$18 |
| D2915 | Recementación o readhesión de perno muñón prefabricado o fabricado de forma indirecta | \$19 |
| D2920 | Recementación o readhesión de corona | \$5 |

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 | \$35 |
| D2930 | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente temporal | \$10 |
| D2931 | Corona prefabricada de acero inoxidable, diente definitivo | \$35 |
| D2932 | Corona prefabricada de resina | \$40 |
| D2933 | Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina | \$40 |
| D2934 | Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético, diente temporal | \$40 |
| D2940 | Reconstrucción para protección | \$19 |
| D2950 | Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas que sean necesarias | \$47 |
| D2951 | Retención de espiga, por diente, además de la reconstrucción | \$10/diente |
| D2952 | Perno muñón, además de la corona, fabricado de forma indirecta | \$72 |
| D2953 | Cada perno adicional fabricado de forma indirecta, mismo diente | \$50 |
| D2954 | Perno muñón prefabricado, además de la corona | \$59 |
| D2955 | Extracción de perno | \$0 |
| D2957 | Cada perno adicional prefabricado, mismo diente | \$32 |
| D2980 | Reparación de corona por problemas con el material de reconstrucción | \$49 |
| D2981 | Reparación de incrustación (inlay) por problemas con el material de reconstrucción | \$20 |
| D2982 | Reparación de recubrimiento (onlay) por problemas con el material de reconstrucción | \$29 |
| | Servicios de endodoncia (conductos radiculares) | |
| D3110 | Recubrimiento pulpar, directo (no incluye reconstrucción final) | \$5 |
| D3120 | Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye reconstrucción final) | \$5 |
| D3220 | Pulpotomía terapéutica (no incluye reconstrucción final), extracción de la pulpa coronaria en la unión cementodentaria y aplicación de medicamento | \$10 |
| D3221 | Desbridamiento pulpar, diente temporal y definitivo | \$20 |
| D3310 | Tratamiento de endodoncia, diente anterior (no incluye reconstrucción final) | \$75 |
| D3320 | Tratamiento de endodoncia, diente premolar (no incluye reconstrucción final) | \$130 |
| D3330 | Tratamiento de endodoncia, diente molar (no incluye reconstrucción final) | \$210 |
| D3331 | Tratamiento de obstrucción en el conducto radicular, acceso no quirúrgico | \$30 |
| D3332 | Tratamiento de endodoncia incompleto, diente fracturado o que no se puede operar ni reconstruir | \$115 |
| D3346 | Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, anterior | \$75 |
| D3347 | Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, bicúspide | \$105 |
| D3348 | Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, molar | \$135 |
| D3410 | Apicectomía, anterior, primera raíz | \$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 |
|--|--|---|
| D3421 | Apicectomía, premolar, primera raíz | \$30 |
| D3425 | Apicectomía, molar, primera raíz | \$30 |
| D3426 | Apicectomía, cada raíz adicional | \$30 |
| D3430 | Empaste retrógrado, por raíz | \$45 |
| D3450 | Amputación radicular, por raíz | \$50 |
| D3471 | Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, anterior, primera raíz | \$30 |
| D3472 | Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente premolar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción. | \$30 |
| D3473 | Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente molar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción. | \$30 |
| D3911 | Barrera intraorificio | \$64 |
| D3920 | Hemisección, incluida la extracción de cualquier raíz (no incluye tratamiento de conducto radicular) | \$50 |
| 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 | \$100 |
| D4211 | Gingivectomía/gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante | \$20 |
| 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 | \$150 |
| D4241 | Procedimiento de colgajo gingival, incluso alisado radicular, de uno a tres dientes, por cuadrante | \$175 |
| 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 | \$150 |
| 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 | \$75 |
| D4263 | Injerto óseo de reposición, diente natural conservado, primer lugar dentro del cuadrante | \$115 |
| D4264 | Injerto óseo de reposición, diente natural conservado, cada lugar adicional dentro del cuadrante | \$85 |
| D4266 | Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por lugar | \$143 |
| D4267 | Regeneración tisular guiada, barrera no reabsorbible, por lugar, incluye extracción de membrana | \$165 |
| D4270 | Procedimiento de injerto pediculado de tejido blando | \$140 |

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 | \$180 |
| 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 | \$150 |
| 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 | \$90 |
| D4341 | Raspado y alisado radicular periodontal, cuatro o más dientes, por cuadrante | \$20 |
| D4342 | Raspado y alisado radicular periodontal, de uno a tres dientes, por cuadrante | \$10 |
| 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 | \$20 |
| D4381 | Administración localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en un tejido crevicular enfermo, por diente | \$13 |
| D4910 | Mantenimiento periodontal | \$20 |
| Servicios de prótesis dentales extraíbles (dentaduras postizas) | | |
| D5110 | Dentadura postiza completa, maxilar | \$175/dentadura postiza |
| D5120 | Dentadura postiza completa, mandibular | \$175/dentadura postiza |
| D5130 | Dentadura postiza inmediata, maxilar | \$175/dentadura postiza |
| D5140 | Dentadura postiza inmediata, mandibular | \$175/dentadura postiza |
| D5211 | Dentadura postiza parcial maxilar, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes | \$200/dentadura postiza |
| D5212 | Dentadura postiza parcial mandibular, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes | \$200/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 | \$200/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 | \$200/dentadura postiza ⁶ |
| D5225 | Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes | \$200/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 | \$200/dentadura postiza |
| D5282 | Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes, maxilar | \$200/dentadura postiza ⁶ |
| D5283 | Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido, incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes, mandibular | \$200/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 | \$200/dentadura postiza |
| D5286 | Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de resina (incluidos los materiales de sujeción/retención y los dientes), por cuadrante | \$200/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 | \$75 ⁷ |
| D5512 | Reparación del daño en la base de la dentadura postiza completa, maxilar | \$75 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 | \$75 ⁷ |
| D5612 | Reparación de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar | \$75 ⁷ |
| D5621 | Reparación de estructura parcial fundida, mandibular | \$75 ⁷ |
| D5622 | Reparación de estructura parcial fundida, maxilar | \$75 ⁷ |
| D5630 | Reparación o reemplazo de materiales de sujeción/retención rotos, por diente | \$75 ⁷ |
| D5640 | Reemplazo de diente roto, por diente | \$75 ⁷ |
| D5650 | Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente | \$50 ⁷ |
| D5660 | Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente | \$50 ⁷ |
| D5670 | Reemplazo de todos los dientes y delacrílico de la estructura de metal fundido, maxilar | \$120 ⁷ |
| D5671 | Reemplazo de todos los dientes y delacrílico de la estructura de metal fundido, mandibular | \$120 ⁷ |
| D5710 | Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar completa | \$50 |
| D5711 | Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular completa | \$50 |
| D5720 | Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar parcial | \$50 |
| D5721 | Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular parcial | \$50 |
| D5725 | Reemplazo de la base, prótesis dental híbrida | \$50 |
| D5730 | Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, directa | \$50/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 | \$50/dentadura postiza ⁸ |
| D5740 | Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, directa | \$50/dentadura postiza ⁸ |
| D5741 | Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, directa | \$50/dentadura postiza ⁸ |
| D5750 | Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, indirecta | \$75/dentadura postiza ⁸ |
| D5751 | Realineación de la dentadura postiza mandibular completa, indirecta | \$75/dentadura postiza ⁸ |
| D5760 | Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, indirecta | \$75/dentadura postiza ⁸ |
| D5761 | Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, indirecta | \$75/dentadura postiza ⁸ |
| D5765 | Revestimiento blando para dentadura postiza parcial o completa extraíble, indirecto | \$10 |
| D5850 | Acondicionamiento de tejidos, maxilar | \$10/unidad de dentadura postiza |
| D5851 | Acondicionamiento de tejidos, mandibular | \$10/unidad de dentadura postiza |
| Servicios de puentes, pilares o tramos de puente | | |
| D6205 | Tramo de puente, resina compuesta indirecta | \$150/diente ⁶ |
| D6210 | Tramo de puente, metal muy noble fundido | \$150 ⁶ |
| D6211 | Tramo de puente, principalmente metal base fundido | \$150 ⁶ |
| D6212 | Tramo de puente, metal noble fundido | \$150 ⁶ |
| D6240 | Tramo de puente, porcelana fundida con metal muy noble | \$150 ⁶ |
| D6241 | Tramo de puente, porcelana fundida principalmente con metal base | \$150 ⁶ |
| D6242 | Tramo de puente, porcelana fundida con metal noble | \$150 ⁶ |
| D6243 | Tramo de puente, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | \$150 ⁶ |
| D6245 | Tramo de puente, porcelana/cerámica | \$150 ⁶ |
| D6250 | Tramo de puente, resina con metal muy noble | \$150 ⁶ |
| D6251 | Tramo de puente, resina principalmente con metal base | \$150 ⁶ |
| D6252 | Tramo de puente, resina con metal noble | \$150 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 | \$150 ⁶ |
| D6608 | Retenedor de recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, dos superficies | \$150 ⁶ |
| D6609 | Retenedor de recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres o más superficies | \$150 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 | \$150 ⁶ |
| D6611 | Retenedor de recubrimiento (onlay), metal muy noble fundido, tres o más superficies | \$150 ⁶ |
| D6612 | Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, dos superficies | \$150 ⁶ |
| D6613 | Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, tres o más superficies | \$150 ⁶ |
| D6614 | Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, dos superficies | \$150 ⁶ |
| D6615 | Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, tres o más superficies | \$150 ⁶ |
| D6710 | Retenedor de corona, resina compuesta indirecta | \$150 ⁶ |
| D6720 | Retenedor de corona, resina con metal muy noble | \$150 ⁶ |
| D6721 | Retenedor de corona, resina principalmente con metal base | \$150 ⁶ |
| D6722 | Retenedor de corona, resina con metal noble | \$150 ⁶ |
| D6740 | Retenedor de corona, porcelana/cerámica | \$150 ⁶ |
| D6750 | Retenedor de corona, porcelana fundida con metal muy noble | \$150 ⁶ |
| D6751 | Retenedor de corona, porcelana fundida principalmente con metal base | \$150 ⁶ |
| D6752 | Retenedor de corona, porcelana fundida con metal noble (solo dientes anteriores y premolares) | \$150 ⁶ |
| D6753 | Retenedor de corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio | \$150 ⁶ |
| D6780 | Retenedor de corona, ¾, metal muy noble fundido | \$150 ⁶ |
| D6781 | Retenedor de corona, ¾, principalmente metal base fundido | \$150 ⁶ |
| D6782 | Retenedor de corona, ¾, metal noble fundido | \$150 ⁶ |
| D6783 | Retenedor de corona, ¾, porcelana/cerámica (solo dientes anteriores y premolares) | \$150 ⁶ |
| D6784 | Retenedor de corona, ¾, titanio y aleaciones de titanio | \$150 ⁶ |
| D6790 | Retenedor de corona, completa, metal muy noble fundido | \$150 ⁶ |
| D6791 | Retenedor de corona, completa, principalmente metal base fundido | \$150 ⁶ |
| D6792 | Retenedor de corona, completa, metal noble fundido | \$150 ⁶ |
| D6930 | Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija | \$10 |
| D6980 | Reparación de dentadura postiza parcial fija por problemas con el material de reconstrucción | \$10 ⁷ |
| | Servicios de cirugía bucodental | |
| D7111 | Extracción, restos coronales, diente temporal | \$5/diente |
| D7140 | Extracción, dientes erupcionados o con raíz expuesta, incluso elevación y/o extracción con fórceps | \$11/diente |
| D7210 | Extracción, dientes erupcionados que necesitan extracción de hueso y/o división de dientes, incluso elevación del colgajo mucoperióstico, si así se indica | \$25/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 | \$30/diente |
| D7230 | Extracción de diente impactado, parcialmente óseo | \$50/diente |
| D7240 | Extracción de diente impactado, completamente óseo | \$75/diente |
| D7241 | Extracción de diente impactado, completamente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales | \$75 |
| D7250 | Extracción de raíces de dientes residuales, procedimiento de corte | \$40 |
| D7251 | Coronectomía, extracción parcial deliberada de un diente | \$50 |
| D7260 | Cierre de fístula oroantral | \$140 |
| D7285 | Biopsia incisional de tejido bucal, duro, hueso o diente | \$25 ⁷ |
| D7286 | Biopsia incisional de tejido bucal, blando | \$20 ⁷ |
| D7287 | Recolección de muestra citológica exfoliativa | \$10 |
| D7288 | Biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial | \$10 |
| D7310 | Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | \$40 |
| D7311 | Alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | \$20 |
| D7320 | Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | \$40 |
| D7321 | Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante | \$20 |
| D7471 | Extracción de exostosis lateral, maxilar o mandibular | \$105 |
| D7472 | Extracción de torus palatinus | \$126 |
| D7473 | Extracción de torus mandibularis | \$120 |
| D7510 | Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal | \$39 |
| D7511 | Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal, complicado, incluye drenaje de múltiples espacios faciales | \$56 |
| D7550 | Ostectomía/secuestrectomía parcial para la eliminación de tejido óseo sin vida | \$87 |
| D7961 | Frenectomía bucal/labial (frenulectomía) | \$75 |
| D7962 | Frenectomía lingual (frenulectomía) | \$75/visita |
| D7963 | Frenuloplastia | \$82 |
| D7970 | Escisión de tejido hiperplásico, por arco | \$85 |
| D7971 | Escisión de encía pericoronaria | \$40 |
| D7972 | Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa | \$120 |
| | Servicios de Ortodoncia | |
| D8070 | Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición mixta (niños de hasta 13 años) | \$1,400 ⁹ |
| D8080 | Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición de adolescentes | \$1,400 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 | \$1,700 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 | \$9 |
| 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 | \$40 |
| D9951 | Ajuste oclusal, limitado | \$50 |
| D9952 | Ajuste oclusal, completo | \$50 |
| D9995 | Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real | \$0/visita |
| D9996 | Teleodontología, asincrónica; información guardada y enviada al dentista para su posterior evaluación | \$0/visita |
| | Otros servicios | |
| D9999 | Cita cancelada sin avisar 24 horas antes, por 15 minutos de tiempo de la cita | \$20/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 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.

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)**。