

**Dental HMO Elite 75**

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)<sup>1</sup>. 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](http://blueshieldca.com).

**Deducible por Año Calendario (CYD)<sup>2</sup>**

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.

		<b>Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup></b>
<b>Deducible por Año Calendario</b>	<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.

	<b>Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup></b>
<b>Beneficio Máximo por Año Calendario</b>	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.

<b>Período de espera</b>	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 <sup>3</sup>
	<b>Servicios de diagnóstico (exámenes y radiografías)</b>	
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
D0170	Repetición de examen, limitado, por un problema específico (no aplica a visitas posoperatorias)	\$0
D0171	Repetición de examen, visita posoperatoria	\$0
D0180	Examen periodontal completo	\$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
D0250	Extrabucal, primera radiografía 2D creada con una fuente de radiación estacionaria y un detector	\$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
D0277	Radiografías de aleta de mordida verticales, 7 a 8 imágenes	\$0
D0330	Radiografía panorámica (una vez cada 36 meses)	\$0
D0350	Imágenes fotográficas faciales o bucales 2D, con fines que no sean de ortodoncia, obtenidas de forma intrabucal o extrabucal	\$0
D0372	Tomosíntesis intrabucal, serie completa de radiografías	\$0
D0373	Tomosíntesis intrabucal, radiografía de aleta de mordida	\$0
D0374	Tomosíntesis intrabucal, radiografía periapical	\$0
D0387	Tomosíntesis intrabucal, serie completa de radiografías, solo captura de imagen	\$0
D0388	Tomosíntesis intrabucal, radiografía de aleta de mordida, solo captura de imagen	\$0
D0389	Tomosíntesis intrabucal, radiografía periapical, solo captura de imagen	\$0
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	\$0
D0470	Moldes para diagnóstico	\$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

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 <sup>3</sup>
D0701	Radiografía panorámica, solo captura de imagen	\$0
D0702	Radiografía cefalométrica 2D, solo captura de imagen	\$0
D0703	Imagen fotográfica facial o bucal 2D obtenida de forma intrabucal o extrabucal, 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
	<b>Servicios preventivos</b>	
D1110	Profilaxis, adultos (dos veces por cada período de 12 meses consecutivos), cubierta solamente por su proveedor de atención primaria	\$0
D1110	Profilaxis, adultos (adicional dentro del período de 12 meses consecutivos), cubierta solamente por su proveedor de atención primaria	\$45
D1110	Limpieza dental ampliada para embarazadas	\$0
D1120	Profilaxis, niños (dos veces por cada período de 12 meses consecutivos), cubierta solamente por su proveedor de atención primaria	\$0
D1120	Profilaxis, niños (adicional dentro del período de 12 meses consecutivos), cubierta solamente por su proveedor de atención primaria	\$35
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor, tres aplicaciones cada 12 meses cuando tienen fines terapéuticos y se usan en pacientes con un riesgo entre medio y alto	\$5
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye barniz, una cada 6 meses	\$0
D1310	Asesoramiento sobre la alimentación para controlar enfermedades dentales	\$0
D1320	Asesoramiento sobre el tabaquismo para controlar y prevenir enfermedades bucales	\$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
D1353	Reparación de sellador, por diente. Es posible que el proveedor que hizo la colocación no cobre la reparación si se hace dentro de los 18 meses de la colocación inicial.	\$0
D1354	Aplicación de medicamentos para detener de forma provisoria el avance de las caries, por diente. No incluye la aplicación de barniz de flúor dental.	\$0
D1355	Aplicación de medicamentos para el tratamiento preventivo de las caries, por diente, para la prevención primaria o la remineralización. Esos medicamentos no incluyen las aplicaciones tópicas de flúor.	\$0
D1510	Separador, fijo, unilateral, por cuadrante	\$35
D1516	Separador, fijo, bilateral, maxilar	\$45

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 <sup>3</sup>
D1517	Separador, fijo, bilateral, mandibular	\$45
D1520	Separador, extraíble, unilateral, por cuadrante	\$35
D1526	Separador, extraíble, bilateral, maxilar	\$55
D1527	Separador, extraíble, bilateral, mandibular	\$55
D1575	Separador calzado distal, fijo, unilateral, por cuadrante	\$35
	<b>Servicios reconstructivos</b>	
D2140	Amalgama, una superficie, diente temporal o definitivo	\$0
D2150	Amalgama, dos superficies, diente temporal o definitivo	\$0
D2160	Amalgama, tres superficies, diente temporal o definitivo	\$0
D2161	Amalgama, cuatro o más superficies, diente temporal o definitivo	\$0
D2330	Resina compuesta, una superficie, anterior	\$0
D2331	Resina compuesta, dos superficies, anterior	\$0
D2332	Resina compuesta, tres superficies, anterior	\$0
D2335	Resina compuesta, cuatro o más superficies, anterior	\$0
D2390	Resina compuesta, corona, anterior	\$50
D2391	Resina compuesta, una superficie, posterior	\$65/diente
D2392	Resina compuesta, dos superficies, posterior	\$85
D2393	Resina compuesta, tres superficies, posterior	\$100
D2394	Resina compuesta, cuatro o más superficies, posterior	\$120
	<b>Incrustaciones (inlays)/recubrimientos (onlays)</b>	
D2510	Incrustación (inlay), metálica, una superficie	\$80
D2520	Incrustación (inlay), metálica, dos superficies	\$85
D2530	Incrustación (inlay), metálica, tres o más superficies	\$90
D2542	Recubrimiento (onlay), metálico, dos superficies	\$85
D2543	Recubrimiento (onlay), metálico, tres superficies	\$90
D2544	Recubrimiento (onlay), metálico, cuatro o más superficies	\$95
D2610	Incrustación (inlay), porcelana/cerámica, una superficie	\$175
D2620	Incrustación (inlay), porcelana/cerámica, dos superficies	\$195
D2630	Incrustación (inlay), porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$210
D2642	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, dos superficies	\$195
D2643	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres superficies	\$205
D2644	Recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	\$210
D2650	Incrustación (inlay), resina compuesta, una superficie	\$70
D2651	Incrustación (inlay), resina compuesta, dos superficies	\$75
D2652	Incrustación (inlay), resina compuesta, tres o más superficies	\$80

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 <sup>3</sup>
D2662	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, dos superficies	\$75
D2663	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, tres superficies	\$80
D2664	Recubrimiento (onlay), resina compuesta, cuatro o más superficies	\$85
	<b>Coronas</b>	
D2740	Corona, porcelana/cerámica	\$225/corona
D2750	Corona, porcelana fundida con metal muy noble	\$225/corona
D2751	Corona, porcelana fundida principalmente con metal base	\$75/corona
D2752	Corona, porcelana fundida con metal noble	\$175/corona
D2780	Corona, ¾, metal muy noble fundido	\$225/corona
D2781	Corona, ¾, principalmente metal base fundido	\$75/corona
D2782	Corona, ¾, metal noble fundido	\$175/corona
D2783	Corona, ¾, porcelana/cerámica	\$225/corona
D2790	Corona, completa, metal muy noble fundido	\$225/corona
D2791	Corona, completa, principalmente metal base fundido	\$75/corona
D2792	Corona, completa, metal noble fundido	\$175/corona
D2794	Corona, titanio y aleaciones de titanio	\$225/corona
D2794	Corona, titanio, incluye todo titanio y porcelana fundida con titanio para los dientes molares	Se agrega un copago de \$75 para las coronas de porcelana fundida con titanio que no sean para los dientes molares
D2799	Corona provisoria, más tratamiento o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final	\$0
D2910	Recementación o readhesión de incrustación (inlay), recubrimiento (onlay), carilla o reconstrucción de cobertura parcial	\$0
D2915	Recementación o readhesión de perno muñón prefabricado o fabricado de forma indirecta	\$0
D2920	Recementación o readhesión de corona	\$0
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente definitivo	\$0
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica, diente temporal (1 por diente temporal)	\$100
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente temporal	\$0
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable, diente definitivo	\$0
D2932	Corona prefabricada de resina	\$50
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$50

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 <sup>3</sup>
D2934	Corona prefabricada de acero inoxidable con recubrimiento estético, diente temporal	\$55
D2940	Reconstrucción para protección	\$0
D2941	Reconstrucción terapéutica provisoria, dentición temporal	\$0
D2949	Colocación de material reconstructivo para una reconstrucción indirecta	\$0
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas que sean necesarias	\$0
D2951	Retención de espiga, por diente, además de la reconstrucción	\$0
D2952	Perno muñón, además de la corona, fabricado de forma indirecta	\$50
D2953	Cada perno adicional fabricado de forma indirecta, mismo diente	\$0
D2954	Perno muñón prefabricado, además de la corona	\$30
D2955	Extracción de perno	\$15
D2957	Cada perno adicional prefabricado, mismo diente	\$0
D2980	Reparación de corona por problemas con el material de reconstrucción	\$50
D2981	Reparación de incrustación (inlay) por problemas con el material de reconstrucción	\$25
D2982	Reparación de recubrimiento (onlay) por problemas con el material de reconstrucción	\$35
D2990	Infiltración de resina por lesiones incipientes en la superficie lisa	\$0
	<b>Carillas dentales labiales (pueden reemplazarse una vez cada 5 años cuando sea necesario desde el punto de vista dental)</b>	
D2961	Carilla dental labial (lámina de resina), laboratorio	\$250
D2962	Carilla dental labial (lámina de porcelana), laboratorio	\$250
D2983	Reparación de carilla dental por problemas con el material de reconstrucción, no está permitido cobrar la reparación si la hace el mismo proveedor dentro de los 24 meses de la reconstrucción original	\$50
D2989	Excavación de un diente que determina que no se puede reconstruir	\$0
	<b>Coronas alternativas</b>	
	Para las reconstrucciones dentales, los dentistas suelen ofrecer materiales de calidad superior como alternativas a los materiales estándar, como el sustrato de porcelana/cerámica y la porcelana fundida con metal. Estos materiales se comercializan con diferentes marcas, y puede que estén disponibles por medio de su Proveedor Participante de Blue Shield of California según los copagos que aparecen abajo. Las coronas, los puentes, las incrustaciones (inlays) y los recubrimientos (onlays) fabricados con estos materiales alternativos de calidad superior y preparados y entregados en el día están sujetos a una tarifa adicional de \$250.00 correspondiente al laboratorio dentro del consultorio.	
	<b>Corona de sustrato de porcelana/cerámica</b>	
	CEREC, Full-Z, Bruxzir, Lava, PrismaTik	\$645
	CEREC Blue Block, e.Max, Procera	\$845

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 <sup>3</sup>
	Lava (por capas), e.Max (por capas), Procera (por capas)	\$900
	CORONA DE PORCELANA FUNDIDA CON METAL MUY NOBLE	
	Captek, Bio-2000	\$675
	Occlusal Gold, Design, Synspar	\$675
	<b>Endodoncia (no incluye reconstrucciones finales)</b>	
D3110	Recubrimiento pulpar, directo (no incluye reconstrucción final)	\$0
D3120	Recubrimiento pulpar, indirecto (no incluye reconstrucción final)	\$0
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye reconstrucción final), extracción de la pulpa coronaria en la unión cementodentinaria y aplicación de medicamento	\$0
D3221	Desbridamiento pulpar, diente temporal y definitivo	\$15
D3230	Terapia pulpar (empaste reabsorbible), anterior, diente temporal	\$10
D3240	Terapia pulpar (empaste reabsorbible), posterior, diente temporal	\$15
D3310	Tratamiento de endodoncia, diente anterior (no incluye reconstrucción final)	\$50
D3320	Tratamiento de endodoncia, diente premolar (no incluye reconstrucción final)	\$70
D3330	Tratamiento de endodoncia, diente molar (no incluye reconstrucción final)	\$150
D3331	Tratamiento de obstrucción en el conducto radicular, acceso no quirúrgico	\$150
D3332	Tratamiento de endodoncia incompleto, diente fracturado o que no se puede operar ni reconstruir	\$50
D3346	Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, anterior	\$70
D3347	Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, bicúspide	\$100
D3348	Repetición de tratamiento en conducto radicular tratado previamente, molar	\$190
D3351	Apexificación/recalcificación, visita inicial	\$55
D3352	Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicación en visita intermedia	\$45
D3353	Apexificación/recalcificación, visita final (incluye conducto radicular completado)	\$55
D3355	Regeneración pulpar, visita inicial	\$55
D3356	Regeneración pulpar, reemplazo de medicación en visita intermedia	\$45
D3357	Regeneración pulpar, finalización del tratamiento	\$55
D3410	Apicectomía, anterior, primera raíz	\$150
D3421	Apicectomía, premolar, primera raíz	\$150
D3425	Apicectomía, molar, primera raíz	\$200
D3426	Apicectomía, cada raíz adicional	\$100
D3430	Empaste retrógrado, por raíz	\$100
D3450	Amputación radicular, por raíz	\$75
D3471	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, anterior, primera raíz	\$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 <sup>3</sup>
D3472	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente premolar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción.	\$150
D3473	Reparación quirúrgica de una reabsorción radicular, molar, para cirugía en raíz de diente molar, primera raíz. No incluye la colocación de la reconstrucción.	\$150
D3911	Barrera intraorificio	\$65
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
	<b>Periodoncia</b>	
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante	\$40
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes, por cuadrante	\$35
D4212	Gingivectomía/gingivoplastia, con el fin de permitir el acceso para un procedimiento de reconstrucción, por diente	\$20
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluso alisado radicular, cuatro o más dientes, por cuadrante	\$275
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluso alisado radicular, de uno a tres dientes, por cuadrante	\$195
D4249	Alargamiento de corona clínica, tejido duro. Cuando el procedimiento D4249 se realice el mismo día que la impresión se considerará como D4212, cubierto solamente cuando es realizado por el dentista general primario del miembro	\$100
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	\$250
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	\$200
D4263	Injerto óseo de reposición, diente natural conservado, primer lugar dentro del cuadrante	\$200
D4264	Injerto óseo de reposición, diente natural conservado, cada lugar adicional dentro del cuadrante	\$125
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	\$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)	\$0
D4346	Raspado en caso de inflamación gingival generalizada moderada o grave, toda la boca, después del examen bucodental, cada adicional	\$45/toda la boca
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir un examen periodontal completo y un diagnóstico en la próxima visita	\$20



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 <sup>3</sup>
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en un tejido crevicular enfermo, por diente	\$60
D4910	Mantenimiento periodontal (una vez cada 6 meses)	\$25
D4920	Cambio imprevisto del vendaje (realizado por otra persona que no sea el dentista que brinda tratamiento ni su personal)	\$0
	<b>Prótesis dentales extraíbles</b>	
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$90/dentadura postiza
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	\$90/dentadura postiza
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	\$90/dentadura postiza
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	\$90/dentadura postiza
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$125/dentadura postiza
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, de resina, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$125/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	\$125/dentadura postiza
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	\$125/dentadura postiza
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, de resina	\$125
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, de resina	\$125
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de metal	\$125
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de metal	\$125
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$125/dentadura postiza
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible, incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes	\$125/dentadura postiza
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, los soportes y los dientes)	\$125
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, los soportes y los dientes)	\$125
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	\$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 <sup>3</sup>
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	\$0
D5511	Reparación del daño en la base de la dentadura postiza completa, mandibular	\$10 <sup>6</sup>
D5512	Reparación del daño en la base de la dentadura postiza completa, maxilar	\$10 <sup>6</sup>
D5520	Reemplazo de diente faltante o roto, dentadura postiza completa, cada diente	\$10 <sup>6</sup>
D5611	Reparación de la base de la dentadura postiza parcial de resina, mandibular	\$10 <sup>6</sup>
D5612	Reparación de la base de la dentadura postiza parcial de resina, maxilar	\$10 <sup>6</sup>
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	\$10 <sup>6</sup>
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	\$10 <sup>6</sup>
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de sujeción/retención rotos, por diente	\$10 <sup>6</sup>
D5640	Reemplazo de diente roto, por diente	\$10 <sup>6</sup>
D5650	Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	\$10 <sup>6</sup>
D5660	Agregado de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente	\$10 <sup>6</sup>
D5670	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico de la estructura de metal fundido, maxilar	\$100 <sup>6</sup>
D5671	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico de la estructura de metal fundido, mandibular	\$100 <sup>6</sup>
D5710	Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar completa	\$40
D5711	Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular completa	\$40
D5720	Reemplazo de la base, dentadura postiza maxilar parcial	\$40
D5721	Reemplazo de la base, dentadura postiza mandibular parcial	\$40
D5725	Reemplazo de la base, prótesis dental híbrida	\$40
D5730	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, directa	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>
D5731	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa, directa	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>
D5740	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, directa	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>
D5741	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, directa	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>
D5750	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa, indirecta	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>
D5751	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa, indirecta	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>
D5760	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial, indirecta	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>
D5761	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial, indirecta	\$25/dentadura postiza <sup>7</sup>

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

<b>Código de la ADA</b>	<b>Servicios</b>	<b>Cuando se usan Dentistas Participantes<sup>3</sup></b>
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza parcial o completa extraíble, indirecto	\$10
D5820	Dentadura postiza parcial provisoria (incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes), maxilar	\$40
D5821	Dentadura postiza parcial provisoria (incluidos los materiales de sujeción/retención, los soportes y los dientes), mandibular	\$40
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	\$10/unidad de dentadura postiza
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	\$10/unidad de dentadura postiza
D5876	Agregado de subestructura de metal a una dentadura postiza completa de acrílico nueva (por arco), uso de subestructura de metal en dentaduras postizas extraíbles completas sin estructura	\$200
	<b>Dentaduras postizas alternativas, completas y parciales, y realineaciones</b>	
	Es posible que los consultorios dentales ofrezcan alternativas a las dentaduras postizas completas y parciales estándar y a las realineaciones. Estas alternativas se comercializan con sus marcas específicas, y puede que estén disponibles por medio de su Proveedor Participante de Blue Shield of California según los siguientes copagos.	
	<b>Dentadura postiza completa</b>	
	Comfort Flex: dentadura postiza superior completa	\$550
	Comfort Flex: dentadura postiza inferior completa	\$550
	Geneva: dentadura postiza superior completa	\$550
	Geneva: dentadura postiza inferior completa	\$550
	<b>Dentadura postiza parcial, de resina</b>	
	Simply Natural/Comfort Flex: dentadura postiza superior parcial	\$600
	Simply Natural/Comfort Flex: dentadura postiza inferior parcial	\$600
	Geneva: dentadura postiza superior parcial	\$600
	Geneva: dentadura postiza inferior parcial	\$600
	EstheticClasp: dentadura postiza superior parcial	\$600
	EstheticClasp: dentadura postiza inferior parcial	\$600
	CuSil: dentadura postiza superior parcial	\$600
	CuSil: dentadura postiza inferior parcial	\$600
	Valplast: dentadura postiza superior parcial	\$600
	Valplast: dentadura postiza inferior parcial	\$600
	<b>Dentadura postiza parcial, base de metal fundido con sillas de montar de resina</b>	
	Comfort Flex: dentadura postiza superior parcial	\$600
	Comfort Flex: dentadura postiza inferior parcial	\$600

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 <sup>3</sup>
	Valplast: dentadura postiza superior parcial	\$600
	Valplast: dentadura postiza inferior parcial	\$600
	<b>Realineaciones de dentadura postiza</b>	
	PermaSoft: dentadura postiza superior completa (laboratorio)	\$100
	PermaSoft: dentadura postiza inferior completa (laboratorio)	\$100
	PermaSoft: dentadura postiza superior parcial (laboratorio)	\$100
	PermaSoft: dentadura postiza inferior parcial (laboratorio)	\$100
	<b>Servicios de implante</b>	
D6010	Colocación de implante quirúrgico, implante endoóseo	\$1,500
D6056	Pilar prefabricado, incluye modificaciones y colocación	\$450
D6058	Corona de porcelana/cerámica apoyada sobre un pilar	\$1,055
D6059	Corona de porcelana fundida con metal apoyada sobre un pilar, metal muy noble	\$1,050
D6060	Corona de porcelana fundida con metal apoyada sobre un pilar, principalmente metal base	\$1,000
D6061	Corona de porcelana fundida con metal apoyada sobre un pilar, metal noble	\$1,050
D6062	Corona de metal fundido apoyada sobre un pilar, metal muy noble	\$1,050
D6063	Corona de metal fundido apoyada sobre un pilar, principalmente metal base	\$900
D6064	Corona de metal fundido apoyada sobre un pilar, metal noble	\$950
D6065	Corona de porcelana/cerámica apoyada sobre un implante	\$990
D6066	Corona apoyada sobre un implante, porcelana fundida con aleaciones muy nobles	\$970
D6067	Corona apoyada sobre un implante, aleaciones muy nobles	\$935
D6068	Retenedor apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija de porcelana/cerámica	\$1,055
D6069	Retenedor apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija de metal, muy noble	\$1,040
D6070	Retenedor apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija de porcelana/metal, metal base	\$985
D6071	Retenedor apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija de porcelana/metal, noble	\$1,000
D6072	Retenedor apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija de metal fundido, muy noble	\$980
D6073	Retenedor apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija de metal fundido, metal base	\$885
D6074	Retenedor apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija de metal fundido, noble	\$955

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 <sup>3</sup>
D6075	Retenedor apoyado sobre un implante para dentadura postiza parcial fija de cerámica	\$1,040
D6076	Retenedor apoyado sobre un implante para dentadura postiza parcial fija de porcelana/metal	\$1,015
D6077	Retenedor apoyado sobre un implante para dentadura postiza parcial fija de metal fundido	\$935
D6081	Raspado y desbridamiento en caso de inflamación o mucositis en un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin inserción del colgajo ni cierre. Este procedimiento no se realizará el mismo día que los procedimientos D1110, D4346 o D4910.	\$25
D6085	Corona de implante provisoria	\$0
D6092	Recementación o readhesión de corona apoyada sobre un implante/pilar	\$45
D6093	Recementación de dentadura postiza parcial fija apoyada sobre un implante/pilar	\$65
D6094	Corona apoyada sobre un pilar, titanio y aleaciones de titanio	\$640
D6194	Retenedor de corona apoyado sobre un pilar, dentadura postiza parcial fija, titanio	\$640
	<b>Prótesis dentales fijas</b>	
D6210	Tramo de puente, metal muy noble fundido	\$225
D6211	Tramo de puente, principalmente metal base fundido	\$75
D6212	Tramo de puente, metal noble fundido	\$175
D6214	Tramo de puente, titanio y aleaciones de titanio	\$225
D6240	Tramo de puente, porcelana fundida con metal muy noble	\$225
D6241	Tramo de puente, porcelana fundida principalmente con metal base	\$75
D6242	Tramo de puente, porcelana fundida con metal noble	\$175
D6242	Tramo de puente, porcelana fundida con cualquier metal para los dientes molares	Se agregan \$75 al copago para dientes no molares
D6245	Tramo de puente, porcelana/cerámica	\$250
D6253	Tramo de puente provisorio, más tratamiento o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final. No se usará como un tramo de puente temporal para dentaduras postizas parciales fijas de rutina	\$15
D6600	Retenedor de incrustación (inlay), porcelana/cerámica, dos superficies	\$195
D6601	Retenedor de incrustación (inlay), porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$210
D6602	Retenedor de incrustación (inlay), metal muy noble fundido, dos superficies	\$225
D6603	Retenedor de incrustación (inlay), metal muy noble fundido, tres o más superficies	\$275
D6604	Retenedor de incrustación (inlay), principalmente metal base fundido, dos superficies	\$125

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 <sup>3</sup>
D6605	Retenedor de incrustación (inlay), principalmente metal base fundido, tres o más superficies	\$175
D6606	Retenedor de incrustación (inlay), metal noble fundido, dos superficies	\$175
D6607	Retenedor de incrustación (inlay), metal noble fundido, tres o más superficies	\$225
D6608	Retenedor de recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, dos superficies	\$195
D6609	Retenedor de recubrimiento (onlay), porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$210
D6610	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal muy noble fundido, dos superficies	\$225
D6611	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal muy noble fundido, tres o más superficies	\$275
D6612	Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, dos superficies	\$125
D6613	Retenedor de recubrimiento (onlay), principalmente metal base fundido, tres o más superficies	\$175
D6614	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, dos superficies	\$175
D6615	Retenedor de recubrimiento (onlay), metal noble fundido, tres o más superficies	\$225
D6624	Incrustación (inlay), titanio	\$225
D6634	Recubrimiento (onlay), titanio	\$225
D6740	Retenedor de corona, porcelana/cerámica	\$225
D6750	Retenedor de corona, porcelana fundida con metal muy noble	\$225
D6751	Retenedor de corona, porcelana fundida principalmente con metal base	\$75
D6752	Retenedor de corona, porcelana fundida con metal noble (solo dientes anteriores y premolares)	\$175
D6752	Corona, porcelana fundida con cualquier metal para los dientes molares	Se agregan \$75
D6780	Retenedor de corona, ¾, metal muy noble fundido	\$225
D6781	Retenedor de corona, ¾, principalmente metal base fundido	\$75
D6782	Retenedor de corona, ¾, metal noble fundido	\$175
D6783	Retenedor de corona, ¾, porcelana/cerámica (solo dientes anteriores y premolares)	\$225
D6784	Retenedor de corona, ¾, titanio y aleaciones de titanio	\$225
D6790	Retenedor de corona, completa, metal muy noble fundido	\$75
D6791	Retenedor de corona, completa, principalmente metal base fundido	\$175
D6793	Retenedor de corona provisorio, más tratamiento o finalización del diagnóstico necesario antes de la impresión final No se usará como un retenedor de corona temporal para una reconstrucción protésica de rutina	\$15
D6794	Retenedor de corona, titanio y aleaciones de titanio	\$225
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$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 <sup>3</sup>
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija por problemas con el material de reconstrucción	\$50 <sup>6</sup>
D6985	Dentadura postiza parcial infantil, fija, temporal	\$180
	<b>Materiales alternativos para puente</b>	
	Para las reconstrucciones dentales, los dentistas suelen ofrecer materiales de calidad superior como alternativas a los materiales estándar, como el sustrato de porcelana/cerámica y la porcelana fundida con metal. Estos materiales se comercializan con diferentes marcas, y puede que estén disponibles por medio de su Proveedor Participante de Blue Shield of California según los copagos que aparecen abajo. Las coronas, los puentes, las incrustaciones (inlays) y los recubrimientos (onlays) fabricados con estos materiales alternativos de calidad superior y preparados y entregados en el día están sujetos a una tarifa adicional de \$250.00 correspondiente al laboratorio dentro del consultorio.	
	CEREC, Full-Z, Bruxzir, Lava, PrismaTik	\$645
	CEREC Blue Block, e.Max, Procera	\$845
	Lava (por capas), e.Max (por capas), Procera (por capas)	\$900
	<b>Corona de porcelana fundida con metal muy noble</b>	
	Captek, Bio-2000	\$675
	Occlusal Gold, Design, Synspar	\$675
	<b>Cirugía bucodental</b>	
D7111	Extracción, restos coronales, diente temporal	\$0/diente
D7140	Extracción, dientes erupcionados o con raíz expuesta, incluso elevación y/o extracción con fórceps	\$0/diente
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan extracción de hueso y/o división de dientes, incluso elevación del colgajo mucoperiosteico, si así se indica	\$0
D7220	Extracción de diente impactado, tejido blando	\$0
D7230	Extracción de diente impactado, parcialmente óseo	\$0
D7240	Extracción de diente impactado, completamente óseo	\$0
D7241	Extracción de diente impactado, completamente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$0
D7250	Extracción de raíces de dientes residuales, procedimiento de corte	\$0
D7251	Coronectomía, extracción parcial deliberada de un diente, solo dientes impactados	\$100
D7270	Reimplante de diente y/o estabilización de diente desplazado accidentalmente	\$0
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$0
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$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 <sup>3</sup>
D7320	Alveoloplastia sin extracciones, cuatro o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$0
D7321	Alveoloplastia sin extracciones, de uno a tres dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	\$0
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	\$0
	<b>Ortodoncia</b>	
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición mixta (hasta 24 meses de tratamiento activo)	\$1,000
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adolescentes (hasta 24 meses de tratamiento activo)	\$1,000
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adultos (hasta 24 meses de tratamiento activo)	\$1,000
D8050	Tratamiento de ortodoncia interceptivo de la dentición temporal (hasta 24 meses de tratamiento activo)	\$1,150
D8060	Tratamiento de ortodoncia interceptivo de la dentición mixta (hasta 24 meses de tratamiento activo)	\$1,150
D8070	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición mixta (niños de hasta 13 años)	\$1,775 <sup>8</sup>
D8080	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición de adolescentes	\$1,775 <sup>8</sup>
D8090	Tratamiento de Ortodoncia completo de la dentición de adultos	\$1,975 <sup>8</sup>
D8660	Evaluación antes del tratamiento de Ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	\$0 <sup>8</sup>
D8670	Visita periódica por el tratamiento de Ortodoncia	\$0/visita <sup>8</sup>
D8680	Retención de Ortodoncia, incluso extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores	\$125/retenedor <sup>8</sup>
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble	\$0
D8695	Extracción de aparatos de ortodoncia fijos por motivos que no sean la finalización del tratamiento	\$25
D8999	Plan y registros del tratamiento de ortodoncia (modelos de estudio, fotografías, radiografías antes y después)	\$250
D8999	Tratamiento de ortodoncia activo superior a 24 meses, por visita	\$75
	<b>Servicios generales adicionales</b>	
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental, por visita	\$0/visita <sup>9</sup>
D9120	División de dentadura postiza parcial fija	\$25
D9210	Anestesia local sin procedimientos de cirugía ni operaciones	\$0
D9215	Anestesia local junto con procedimientos de cirugía u operaciones	\$0
D9222	Anestesia general/sedación profunda, primeros 15 minutos	\$117



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 <sup>3</sup>
D9223	Anestesia general/sedación profunda, cada período posterior de 15 minutos (solo para la extracción de muelas de juicio impactadas [1, 16, 17 y 32] en personas de 17 años o más)	\$85
D9230	Analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (solo para la extracción de muelas de juicio impactadas [1, 16, 17 y 32] en personas de 17 años o más)	\$15
D9239	Anestesia/sedación consciente moderada intravenosa, primeros 15 minutos	\$100
D9243	Analgesia/sedación intravenosa moderada (consciente), cada período posterior de 15 minutos (solo para la extracción de muelas de juicio impactadas [1, 16, 17 y 32] en personas de 17 años o más)	\$65
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)	\$25
D9311	Consulta con un profesional de atención de la salud médica	\$0
D9430	Visita al consultorio para observación durante el horario de atención habitual; no se realizan otros servicios	\$0/visita
D9440	Visita al consultorio después del horario de atención habitual	\$25/visita
D9450	Presentación del caso, planificación del tratamiento detallada y amplia	\$0
D9630	Otras drogas y/o medicamentos entregados en el consultorio para uso en el hogar	\$15
D9910	Aplicación de medicamento desensibilizante	\$15
D9911	Aplicación de resina desensibilizante para la superficie cervical y/o radicular, por diente (no se usará en las reconstrucciones)	\$15
D9930	Tratamiento de complicaciones (después de la cirugía), circunstancias poco comunes, por informe	\$0
D9932	Limpieza y control en el consultorio de dentadura postiza superior completa extraíble (una vez cada 6 meses)	\$10
D9933	Limpieza y control en el consultorio de dentadura postiza inferior completa extraíble (una vez cada 6 meses)	\$10
D9934	Limpieza y control en el consultorio de dentadura postiza superior parcial extraíble (una vez cada 6 meses)	\$10
D9935	Limpieza y control en el consultorio de dentadura postiza inferior parcial extraíble (una vez cada 6 meses)	\$10
D9942	Reparación y/o realineación de placa oclusal	\$40
D9943	Ajuste de placas oclusales; la cobertura está limitada solamente a las placas blandas que son un beneficio cubierto por el Plan	\$10
D9944	Placas oclusales, duras, arco completo	\$250
D9945	Placas oclusales, blandas, arco completo	\$150
D9946	Placas oclusales, duras, arco parcial	\$200
D9951	Ajuste oclusal, limitado	\$15
D9961	Duplicado o copia de los registros del paciente	\$25

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 <sup>3</sup>
D9972	Blanqueamiento externo, por arco, realizado en el consultorio	\$250
D9973	Blanqueamiento externo, por diente	\$25
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco	\$125
D9986	Cita perdida	\$25
D9987	Cita cancelada	\$25
D9990	Servicios de traducción certificada o de lenguaje de señas a cargo del miembro o del proveedor	\$0
D9995	Teleodontología, sincrónica; encuentro en tiempo real	\$0
D9996	Teleodontología, asincrónica; información guardada y enviada al dentista para su posterior evaluación	\$0

## 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 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 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.

---

### **7 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.

---

### **8 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.

---

### **9 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](https://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](https://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](https://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)**。