



# Plan Dental HMO Voluntary de Blue Shield

## RESUMEN DE BENEFICIOS

**El inscrito y sus dependientes cubiertos (si corresponde) tendrán derecho a los siguientes servicios sin costo alguno, a excepción de los copagos expuestos abajo:**

### I. Todas las visitas al consultorio \$5

### II. Diagnóstico

A. Examen dental (de rutina)	Sin costo
B. Radiografías de la mordida (conforme sea necesario)	Sin costo
C. Radiografías de toda la boca o panorámicas (conforme sea necesario)	Sin costo
D. Radiografías periapicales u oclusales (conforme sea necesario)	Sin costo
E. Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin costo
F. Moldes de diagnóstico	Sin costo
G. Exámenes histopatológicos	Sin costo
H. Consultas con especialistas (conforme sea necesario)	Sin costo

### III. Prevención

A. Limpieza (limpieza y raspado)	Sin costo
B. Tratamiento con fluoruro (miembro que califica hasta la edad de 19 años)	Sin costo
C. Higiene oral e instrucción alimenticia	Sin costo
D. Sellador (por diente) (miembro que califica hasta la edad de 19 años)	Sin costo

### IV. Restauración (bajo anestesia local)

A. Restauraciones de amalgama para el tratamiento de caries (por superficie)	\$15
B. Restauraciones plásticas o mixtas para el tratamiento de caries (anterior)	\$15
C. Restauraciones plásticas o mixtas para el tratamiento de caries (posterior)	1 superficie \$71 2 superficies \$85 3 superficies \$109 4 superficies \$133
D. Coronas de porcelana (cada una)	\$250
E. Coronas de porcelana con metal (cada una, solo anteriores hasta el 2do bicúspide)	\$250
F. Coronas de metal (cada una)	\$250
G. Recementación de empaste o corona	\$10

H. Corona prefabricada de acero inoxidable (diente primario)	\$20
I. Aumento de clavija (por diente)	\$20

### V. Cirugía oral (bajo anestesia local)

A. Extracción de rutina (por diente)	\$20
B. Extirpación quirúrgica (por diente)	\$45
C. Extirpación de diente (impacción de tejido blando, por diente)	\$50
D. Extirpación de diente (impacción ósea parcial, por diente)	\$75
E. Extirpación de diente (impacción ósea total, por diente)	\$95
F. Alveolectomía (por cuadrante)	\$60
G. Extirpación quirúrgica de restos de raíz dental	\$60
H. Biopsia del tejido oral	\$40

### VI. Periodoncia (bajo anestesia local)

A. Raspado y alisado radicular (por cuadrante)	\$40
B. Legrado de la encía (por cuadrante)	\$40
C. Gingivectomía/Gingivoplastia (por cuadrante)	\$150
D. Gingivectomía/Gingivoplastia (por diente)	\$30
E. Cirugía Muco-gingival (por cuadrante)	\$225
F. Cirugía ósea (por cuadrante)	\$225
G. Equilibración (toda la boca)	\$125

### VII. Protética

A. Dentadura completa superior o inferior (por dentadura, incluye ajustes durante los primeros seis meses después de su inserción)	\$250
B. Dentadura parcial superior o inferior con barra de metal lingual o palatal, cierres y yugos o base (por dentadura, incluye ajustes durante los primeros seis meses después de su inserción)	\$275
C. Interruptor de tensión (simple)	\$25
D. Reparación de dentadura (en el consultorio)	\$75
E. Reparación de dentadura (en el laboratorio)	\$100
F. Agregar diente a dentadura parcial existente	\$75
G. Agregar cierre a dentadura parcial existente	\$100
H. Rebasado de dentadura – al par de la silla (por dentadura)	\$100
I. Rebasado de dentadura – en el Laboratorio (por dentadura)	\$125
J. Placa fijadora parcial provisional (incluye dientes y cierres)	\$100

K. Tonificación de tejido – por unidad de dentadura	\$20
L. Mantenedores de espacio (para dientes primarios, por diente)	\$20

### VIII. Endodoncia (bajo anestesia local)

A. Molde de poste y centro (además de la corona)	\$100
B. Poste y centro prefabricados (además de la corona)	100
C. Tapado de pulpa	\$15
D. Pulpotomía	\$30
E. Relleno de canal radicular (un canal)	\$125
F. Cada canal adicional	\$50
G. Apicectomía (primera raíz)	\$50
H. Apicectomía (cada raíz adicional)	\$50
I. Hemisección	\$100

### IX. Dientes pilar o tramos de puentes (por unidad)

A. Porcelana con coronas de metal (cada uno, solo anteriores hasta el segundo bicúspide)	\$250
B. Coronas de metal (cada una)	\$250
C. Dientes pilar (cada diente reemplazado)	\$250
D. Recementado de puente	\$20
E. Procedimiento para reparación de puente	Laboratorio + \$20

### X. Ortodoncia

A. Tratamiento de ortodoncia para corregir la maloclusión limitado a un curso de tratamiento de dos años.	
Niños hasta la edad de 18 años	\$1,800
Adultos de 19 años o mayores	\$2,650
B. Frenos de retención (por freno)	\$125
C. Consulta inicial de ortodoncia	Sin costo

### XI. Emergencias

Examen oral de emergencia, incluso tratamiento Paliativo (si el tratamiento incluye un procedimiento listado, también se aplica el copago regular)	
Durante horas regulares de consulta del Centro Dental	\$20
Después de las horas de consulta	\$40

### XII. Faltas a citas

(sin dar 24 horas de aviso)	\$20
-----------------------------	------

Visítenos en [mylifepath.com](http://mylifepath.com)

Grupo

## CÓMO USAR SU PLAN DENTAL

A la hora de inscribirse, usted escogerá un Centro Dental. Usted deberá comunicarse con su Centro Dental para todas sus necesidades de asistencia dental, incluso las consultas con Especialistas del Plan y Servicios de Emergencia. Para obtener los beneficios bajo su Plan, usted debe acudir al Centro Dental que escogió.

## EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

### A. Exclusiones Generales

A menos que se mencione específicamente lo contrario en otra parte de este Contrato, este Plan no brinda beneficios en relación con:

1. Servicios dentales que no aparecen en la Lista de Beneficios;
2. Tratamientos dentales iniciados previamente por otro dentista antes de que el participante calificara para recibir los Beneficios bajo este Plan;
3. Servicios dentales con propósitos estéticos;
4. Servicios dentales prestados en un hospital o cualquier tarifa de hospital relacionada;
5. Tratamientos para corregir malformaciones congénitas de desarrollo incluso, entre otros, el paladar hendido, anodoncia y prognatismo mandibular y la hipoplasia del esmalte;
6. Tratamientos que, a criterio del Dentista de cabecera, tiene un mal pronóstico cuando existe un tratamiento alternativo con un pronóstico más favorable;
7. La colocación de injertos óseos o sustancias extra-orales en el tratamiento de trastornos periodontales;
8. Reembolso al Miembro u otro consultorio dental por el costo de los servicios obtenidos de Dentistas, aparte del Centro Dental u otro Proveedor Autorizado del Plan, excepto:
  - a. Cuando tal reembolso está explícitamente autorizado por el Plan; o
  - b. Como se sita bajo la DISPOSICIÓN DE SERVICIOS DE EMERGENCIA;
9. Tratamientos por cualquier afección para la cual se podrían recuperar beneficios bajo cualquier ley de indemnización por accidentes de trabajo o de enfermedades laborales, si no se hace una reclamación por dichos beneficios;
10. Tratamientos pagados por una agencia gubernamental, incluso cualquier gobierno extranjero;
11. Tratamientos por cualquier enfermedad contraída, o lesiones sufridas, a razón de una guerra declarada o no declarada;
12. Trastorno o disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés);
13. Implantes, trasplantes o aumentación de crestas;
14. Anestesia general, incluso sedantes intravenosos y de inhalación, excepto cuando sea Medicamento Necesario;
15. Recargos por quebrar o faltar a las citas;
16. Limpiezas más de dos veces por año civil;

17. Metales preciosos (si se usan, se le cobrará al paciente el costo del Dentista);
18. Dispositivos protésicos solamente con el propósito de reemplazo limitados a una vez por cada período de cinco años;
19. Extirpación de molares terceros (muelas del juicio), a no ser por Necesidad Dental;
20. Remisión de un hijo dependiente de 6 años o mayor a un Odontólogo Pediatra (especialista en dentistería infantil);

### B. Exclusiones de ortodoncia

1. Tratamiento en curso (después de la colocación de bandas) al principio de la elegibilidad;
2. Ortodoncia quirúrgica (incluso la extracción de dientes) inherente al tratamiento de ortodoncia;
3. Tratamiento de terapia miofuncional;
4. Cambios de tratamiento necesarios a razón de un accidente;
5. Repetición de tratamiento de casos de ortodoncia; cuando el Plan coincide con el juicio profesional del Dentista de cabecera de que existe un mal pronóstico;
6. Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés);
7. Dispositivos de ortodoncia especiales incluso, entre otros, correctores dentales linguales o invisibles, de zafiro, claros o de cerámica que se consideran estéticos;
8. Radiografías con propósitos de ortodoncia (a incluir la detección de toda la boca y la cefalometría);
9. Reemplazo de dispositivos robados o perdidos, o reparación de los mismos si se quiebran sin ser culpa del ortodontista;
10. Cargos por tarifas de registros – a incluir, entre otros, el calco cefalométrico, fotos, modelos y radiografías (iniciales, progresivas y finales, conforme se considere necesario);
11. Recargos por quebrar o no asistir a citas;
12. Tratamientos que excedan veinticuatro (24) meses.

### C. Exclusión de Necesidad Dental

Todos los servicios deben representar una Necesidad Dental. El hecho de que un Dentista u otro Proveedor del Plan recete, ordene, recomiende o apruebe un servicio o suministro no determina, en sí, una Necesidad Dental aunque no esté incluido específicamente como una exclusión o limitación. Blue Shield puede limitar o excluir los Beneficios para los servicios que no son de Necesidad Dental.

## LIMITACIONES

Todos los Beneficios están sujetos a las siguientes limitaciones:

### A. Prosthodontia

Un dispositivo protésico con el único propósito de reemplazar un dispositivo existente, perdido o robado se brindará solo una vez durante un período de cinco años.

Un período de cinco años se mide a partir de la última fecha en que fue proporcionado el dispositivo existente, ya sea bajo el Contrato o bajo cualquier póliza de asistencia dental anterior.

Dentaduras parciales. Si es posible lograr un resultado satisfactorio con una dentadura parcial de molde de cromo o acrílico, pero el Miembro y el Dentista escogen un caso de precisión más complicado, la obligación del Plan será para cualquiera de los Beneficios pertinentes a aquellos procedimientos que sean necesarios para eliminar la enfermedad oral y restaurar los dientes que hagan falta. El saldo del costo seguirá siendo la responsabilidad del Miembro.

Dentaduras completas. Si es posible lograr un resultado satisfactorio a través del uso de los procedimientos y materiales estándar, y si el Miembro y el Centro Dental eligen un dispositivo personalizado o uno que incluya técnicas especializadas, la obligación del Plan será para cualquiera de los procedimientos que sean necesarios para eliminar la enfermedad oral y restaurar los dientes que hagan falta. El saldo del costo seguirá siendo la responsabilidad del Miembro.

### B. Restauración

Las restauraciones de metal, porcelana cocida, coronas y jackets; amalgama, mixtos o plásticos (solo anteriores) serán los materiales que se usarán para restaurar los dientes. Los materiales se escogerán a criterio del Centro Dental que brinde los Servicios Cubiertos. Para las coronas, un período de cinco años se mide a partir de la última fecha en que se proporcionó la corona existente, ya sea bajo este Contrato o cualquier otra póliza de asistencia dental anterior.

### C. Rehabilitación de la boca

Si el Miembro y el Centro Dental escogen un curso para la rehabilitación de la boca, la obligación del Plan será de cubrir solo aquellos Beneficios apropiados para los procedimientos que sean necesarios para eliminar la enfermedad oral y reponer los dientes que hagan falta. El resto del tratamiento, incluso los costos para aumentar la dimensión vertical de la oclusión o restaurar la pérdida por atrición o erosión, seguirán siendo la responsabilidad del Miembro.

### D. Odontología Infantil

La remisión de los hijos dependientes a un Odontólogo Pediatra estará cubierta por el Plan para los niños hasta la edad de 5 años con la aprobación previa del Plan. Los beneficios no se aplican a la asistencia de Odontología Infantil brindada por un Especialista del Plan para los niños de 6 años de edad y mayores a menos que los apruebe el Plan.