

Blue Cross Blue Shield FEP DentalSM

www.bcbsfedental.com

1-855-504-2583



2022

Nationwide Dental PPO Plan

Quiénes pueden inscribirse en este plan: Todos los empleados federales, pensionistas y ciertos beneficiarios de TRICARE en los Estados Unidos y en el extranjero que son elegibles para inscribirse en el Federal Employees Dental and Vision Insurance Program.

IMPORTANTE

- Tarifas: contraportada
- Resumen de beneficios: Página 48

Opciones de inscripción para este plan:

- Opción de cobertura alta: solicitante únicamente.
- Opción de cobertura alta: solicitante y una persona.
- Opción de cobertura alta: solicitante y su familia.
- Opción de cobertura estándar: solicitante únicamente.
- Opción de cobertura estándar: solicitante y una persona.
- Opción de cobertura estándar: solicitante y su familia.

Este plan tiene 6 regiones de inscripción, incluidas las internacionales; consulte el final de este folleto para determinar su región y las tarifas correspondientes.



Autorizado para su distribución por:



Office of Personnel Management
de los Estados Unidos

Atención médica y seguros
<http://www.opm.gov/insure>

Introducción

El 23 de diciembre de 2004, el presidente George W. Bush firmó la Ley Federal de Mejora de Beneficios Dentales y Oftalmológicos para Empleados de 2004 (Ley Pública 108-496). La ley ordenó a la Office of Personnel Management (OPM) que estableciera programas complementarios de beneficios dentales y oftalmológicos para poner a disposición de los empleados federales, los pensionados y sus familiares elegibles. En respuesta a la legislación, la OPM estableció el Federal Employees Dental and Vision Insurance Program (FEDVIP).

La OPM ha contratado a aseguradoras dentales y oftalmológicas para que ofrezcan una variedad de opciones a los empleados federales y pensionados. La Sección 715 de la Ley Nacional de Autorización de Defensa para el Año Fiscal 2017 (National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2017, FY 2017 NDAA), Ley Pública 114-38, amplió la elegibilidad para el FEDVIP a ciertas personas elegibles para TRICARE.

Este folleto describe los beneficios de BCBS FEP Dental conforme al contrato OPM02-FEDVIP-02AP-03 de Blue Cross y Blue Shield Association con la OPM, según lo autorizado por la ley del FEDVIP. La dirección de nuestra oficina administrativa es:

Blue Cross Blue Shield FEP Dental
PO Box 75
Minneapolis, MN 55440-0075
1-855-504-2583
www.bcbsfepdental.com

Este folleto constituye la declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal puede modificar ni afectar de otro modo los beneficios, limitaciones y exclusiones de este folleto. Es su responsabilidad estar informado acerca de sus beneficios.

Si está inscrito en este Plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito para el Solicitante y una persona, usted y familiar designado tienen derecho a estos beneficios. Si está inscrito en la cobertura para el Solicitante y su familia, cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios si también figuran en la cobertura. **Ni usted ni sus familiares tienen derecho a recibir los beneficios que estuvieron disponibles antes del 1.º de enero de 2022, a menos que dichos beneficios también se incluyan en este folleto.**

La OPM negocia tarifas con cada aseguradora anualmente. Las tarifas figuran al final de este folleto.

BCBS FEP Dental es responsable de la selección de proveedores de la red en su área. Comuníquese con nosotros al 1-855-504-2583, marque 711 (para servicios de retransmisión TTY) para obtener los nombres de los proveedores participantes o para solicitar un directorio de proveedores basado en el código postal. También puede ver los proveedores actuales de la red a través de nuestro sitio web en www.bcbsfepdental.com, que cuenta con una sofisticada herramienta de búsqueda de proveedores que le permite seleccionar dentistas de acuerdo con un conjunto flexible de criterios que incluyen ubicación, proximidad y especialidad. Nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea se actualiza semanalmente y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No se puede garantizar la participación continua de ningún proveedor específico. Por lo tanto, debe elegir su plan en función de los beneficios proporcionados y no en función de la participación de un proveedor específico. Cuando llame para programar una cita, recuerde verificar que el proveedor se encuentre actualmente en la red BCBS FEP Dental. Si su proveedor no participa actualmente en la red de proveedores, puede nominarlo para que se una. La nominación de proveedores puede enviarse en línea o en la aplicación móvil. También puede imprimir un formulario de nominación desde nuestro sitio web en www.bcbsfepdental.com o llamarnos al 1-855-504-BLUE (2583) y le enviaremos un formulario. Lleve el formulario a su dentista y pídale que lo complete si está interesado en participar en nuestra red. **No puede cambiar de plan fuera de la temporada de inscripciones abiertas debido a cambios en la red de proveedores.**

Las redes de proveedores pueden ser más amplias en algunas áreas que en otras. No podemos garantizar la disponibilidad de todas las especialidades en todas las áreas. Si necesita los servicios de un especialista y no hay uno disponible en su área, comuníquese con nosotros para obtener asistencia. Tenga en cuenta que la red de BCBS FEP Dental puede ser diferente de la red de su plan de salud.

Este plan BCBS FEP Dental y todos los demás planes de FEDVIP no forman parte del programa Federal Employees Health Benefits (FEHB)

Queremos que sepa que proteger la confidencialidad de su información médica que lo identifica individualmente es de suma importancia para nosotros. Para revisar todos los detalles sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos, visite nuestro sitio web en www.bcbsfepdental.com y haga clic en el enlace "Políticas de privacidad" en la parte inferior de la página. Si no tiene acceso a Internet o desea obtener más información, comuníquese con nosotros llamando al 1-855-504-BLUE (2583) o al 711 para retransmisión TTY.

La discriminación es ilegal

BCBS FEP Dental cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables, incluidos tanto el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 como la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act). Conforme a la Sección 1557, BCBS FEP Dental no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas sobre la base de la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad o el sexo.

BCBS FEP Dental pone a disposición lo siguiente:

- Ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (como formatos electrónicos accesibles).
- Asistencia lingüística gratuita para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el número de servicio al cliente 1-855-504-BLUE (2583) o al 711 para servicios de retransmisión TTY.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante BCBS FEP Dental de la siguiente manera:

- Llamando a BCBS FEP Dental al 1-855-504-BLUE (2583) o al 711 para servicios de retransmisión TTY.
- Enviar una carta a BCBS FEP Dental, P.O. Box 551, Minneapolis, MN 55440-0551.

Para obtener información sobre cómo presentar una queja por derechos civiles, visite www.bcbsfedental.com

Índice

Introducción.....	1
Índice.....	1
Cambios para 2022.....	3
Aspectos destacados del programa FEDVIP	4
Elección de planes y opciones	4
Inscríbase a través de BENEFEDS	4
Inscripción doble.....	4
Fecha de vigencia de cobertura.....	4
Deducción de salario antes de impuestos para empleados	4
Oportunidad de inscripción anual.....	4
Cobertura grupal continua después de la jubilación.....	4
Período de espera.....	4
Sección 1 Elegibilidad	5
Empleados federales	5
Pensionados federales.....	5
Pensionados sobrevivientes.....	5
Indemnizados	5
Persona elegible para TRICARE.....	5
Familiares	5
Personas no elegibles.....	6
Sección 2 Inscripción.....	7
Inscríbase a través de BENEFEDS	7
Tipos de inscripción.....	7
Inscripción doble.....	7
Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción	7
Cuándo termina la cobertura.....	9
Continuación de la cobertura	10
FSAFEDS/Planes de salud con deducible alto y FEDVIP	10
Sección 3 Cómo obtener atención.....	12
Tarjetas de identificación/Confirmación de inscripción	12
Dónde obtener la atención cubierta	12
Proveedores del plan.....	12
Dentro de la red.....	12
Fuera de la red.....	13
Servicios de emergencia.....	13
Monto máximo permitido.....	13
Certificación previa	13
Beneficio alternativo.....	13
Revisión dental.....	14
Primer pagador de FEHB	14
Coordinación de beneficios.....	15
Área de calificación.....	16
Área de acceso limitado.....	16
Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos.....	17
Deducible.....	17
Coseguro.....	17

Beneficio anual máximo.....	18
Máximo de beneficios de por vida.....	18
Servicios dentro de la red.....	18
Servicios fuera de la red.....	18
Año calendario.....	18
Servicios de emergencia.....	18
Sección 5 Servicios y suministros dentales de clase A básicos.....	20
Clase B intermedia.....	23
Clase C mayor.....	28
Clase D Ortodoncia.....	38
Servicios generales.....	40
Sección 6 Servicios y suministros internacionales.....	42
Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos.....	43
Sección 8 Proceso de presentación de reclamos y reclamos en disputa.....	45
Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto.....	47
Descuentos y características.....	49
Resumen de Beneficios.....	51
¡Detenga el fraude de atención médica!.....	54
Información sobre tarifas.....	55
Tarifas.....	56

Cambios para 2022

Cambios en los beneficios:

- Opción estándar únicamente: ahora proporcionamos beneficios dentro de la red para servicios de Clase A, Clase B y Clase C al 100 % para niños menores de 13 años.

Aspectos destacados del programa FEDVIP

Elección de planes y opciones	Puede seleccionar entre varios planes nacionales y, en algunas áreas, planes regionales dentales de la Organización de Proveedor Preferido (PPO) o de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y opciones de cobertura estándar y alta. También puede seleccionar entre varios planes oftalmológicos a nivel nacional. Puede inscribirse en un plan dental o un plan oftalmológico, o ambos. Algunos beneficiarios de TRICARE pueden no ser elegibles para inscribirse en ambos. Visite www.opm.gov/dental o www.opm.gov/vision para obtener más información.
Inscríbese a través de BENEFEDS	Inscríbese en línea en www.BENEFEDS.com . Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
Inscripción doble	Si usted o uno de los familiares está inscrito o cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar inscrita ni cubierta como familiar por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes dentales FEDVIP o dos planes oftalmológicos FEDVIP.
Fecha de vigencia de cobertura	Si se inscribe en un plan dental y/u oftalmológico durante la temporada de inscripciones abiertas 2021, su cobertura comenzará el 1.º de enero de 2022. Las deducciones de la prima comenzarán con el primer período de pago completo que comienza el 1.º de enero de 2022 o después de esa fecha. Puede usar sus beneficios tan pronto como se confirme su inscripción.
Deducción de salario antes de impuestos para empleados	Los empleados pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina utilizando dinero antes de impuestos. Los pensionados pagan las primas automáticamente a través de deducciones de anualidades utilizando dinero después de impuestos. Los miembros de TRICARE pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina o retiros bancarios automáticos (automatic bank withdrawal, ABW) con dinero después de impuestos.
Oportunidad de inscripción anual	Cada año, se llevará a cabo una temporada de inscripciones abiertas, durante la cual podrá inscribirse o cambiar su inscripción en el plan dental u oftalmológico. Este año, la temporada de inscripciones abiertas es desde el 8 de noviembre de 2021 hasta la medianoche, hora del este, del 13 de diciembre de 2021. No es necesario que vuelva a inscribirse en cada temporada de inscripciones abiertas, a menos que desee cambiar de plan u opciones de plan; su cobertura continuará desde el año anterior. Además de la temporada anual de inscripciones abiertas, hay ciertos eventos que le permiten realizar tipos específicos de cambios de inscripción durante todo el año. Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
Cobertura continua después de la jubilación	Su inscripción o su elegibilidad para inscribirse pueden continuar después de la jubilación. No es necesario que esté inscrito en el FEDVIP por ningún período de tiempo para continuar con la inscripción en la jubilación. Sus familiares también pueden continuar con la inscripción después de su muerte. Consulte la Sección 1, Elegibilidad, para obtener más información.
Período de espera	No hay períodos de espera asociados con el plan de BCBS FEP Dental.

Sección 1 Elegibilidad

Empleados federales	Si usted es un empleado federal o del Servicio Postal de los EE. UU., es elegible para inscribirse en el FEDVIP, si es elegible para el Federal Employees Health Benefits (FEHB) o el Mercado de Seguros de Salud (Intercambio) y su puesto no está excluido por ley o reglamentación, es elegible para inscribirse en el FEDVIP. No se requiere la inscripción en el Programa de FEHB ni en un plan del Mercado de Seguros de Salud (Intercambio).
Pensionados federales	<p>Usted es elegible para inscribirse si:</p> <ul style="list-style-type: none">• se jubiló con una anualidad inmediata en virtud del Sistema de Jubilación del Servicio Civil (Civil Service Retirement System, CSRS), el Sistema de Jubilación de Empleados Federales (Federal Employees Retirement System, FERS) u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal;• se jubiló por discapacidad conforme al CSRS, el FERS u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal. <p>Su inscripción en el FEDVIP continuará en la jubilación si se jubila con una anualidad inmediata o por discapacidad en virtud del CSRS, el FERS u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno, independientemente del tiempo que haya tenido la cobertura del FEDVIP como empleado. No existe un requisito de tener cobertura por 5 años de servicio antes de la jubilación para continuar con la cobertura en la jubilación, como ocurre con el Programa de FEHB.</p> <p>Su cobertura de FEDVIP finalizará si se jubila con una edad mínima de jubilación (minimum retirement age, MRA) + 10 años de jubilación y pospone la recepción de su anualidad. Puede inscribirse en FEDVIP nuevamente cuando comience a recibir su anualidad.</p>
Pensionados sobrevivientes	Si usted es sobreviviente de un empleado o pensionado fallecido del gobierno federal/del Servicio Postal de los EE. UU. y recibe una anualidad, puede inscribirse o continuar con la inscripción existente.
Indemnizados	Un indemnizado es una persona que recibe una indemnización mensual de la Office of Workers' Compensation Programs (OWCP) del Departamento de Trabajo debido a una lesión/enfermedad en el trabajo que el Secretario de Trabajo determina que no puede regresar al trabajo. Usted es elegible para inscribirse en FEDVIP o continuar con la inscripción en FEDVIP en estado de compensación.
Persona elegible para TRICARE	<p>Una persona que es elegible para la cobertura dental del FEDVIP en función de la elegibilidad de la persona para estar previamente cubierta por el Programa Dental para Jubilados de TRICARE o una persona elegible para la cobertura oftalmológica del FEDVIP en función de la inscripción de la persona en un plan de salud de TRICARE específico.</p> <p>Los miembros jubilados de los servicios uniformados y los componentes de la Reserva/Guardia Nacional, incluidos los jubilados del "área gris" menores de 60 años, y sus familias son elegibles para la cobertura dental de FEDVIP.</p> <p>Estas personas, si están inscritas en un plan de salud de TRICARE, también son elegibles para la cobertura oftalmológica de FEDVIP. Además, los familiares en servicio activo de los servicios uniformados que están inscritos en un plan de salud de TRICARE son elegibles para la cobertura oftalmológica de FEDVIP.</p>
Familiares	<p>Excepto con respecto a las personas elegibles para TRICARE, los familiares incluyen a su cónyuge e hijos dependientes solteros menores de 22 años. Esto incluye niños adoptados legalmente y niños naturales reconocidos que cumplen con ciertos requisitos de dependencia. Esto también incluye a los hijastros y niños en acogida que viven con usted en una relación regular de padres e hijos. En algunas circunstancias, también podrá prorrogar la cobertura para un hijo discapacitado que tenga 22 años o más y no pueda mantenerse por sí solo. Las reglas de FEDVIP y las reglas de FEHB para la elegibilidad de los familiares NO son las mismas. Para obtener más información sobre la elegibilidad de los familiares, visite el sitio web en www.opm.gov/healthcare-insurance/dental-vision/ o comuníquese con su agencia de empleo o sistema de jubilación.</p> <p>Con respecto a las personas elegibles para TRICARE, familiares incluyen a su cónyuge, viuda no casada, viudo no casado, hijo no casado, excónyuge no casado que cumple con los requisitos de</p>

elegibilidad del Departamento de Defensa de los EE. UU. 20-20-20 o 20-20-15, y ciertas personas no casadas colocadas en su custodia legal por un tribunal.

Los hijos incluyen hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos preadoptivos. Los hijos y las personas dependientes solteras deben ser menores de 21 años si no son estudiantes, menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo o incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad mental o física.

Personas no elegibles

Las siguientes personas no son elegibles para inscribirse en FEDVIP, independientemente de la elegibilidad de FEHB o la recepción de una anualidad o parte de una anualidad:

- Pensionados diferidos.
- Excónyuges de empleados o pensionados. **Nota:** Los excónyuges de personas elegibles para TRICARE pueden inscribirse en un plan dental de FEDVIP.
- Miembros de continuación temporal de la cobertura (temporary continuation of coverage, TCC) de FEHB.
- Cualquier persona que reciba una anualidad de interés asegurable que no sea también un familiar elegible.
- Miembros en servicio activo de los servicios uniformados. **Nota:** Si usted es un miembro del servicio uniformado en servicio activo, su cobertura dental y oftalmológica será proporcionada por TRICARE. Sus familiares seguirán siendo elegibles para inscribirse en el TRICARE Dental Plan (TDP).

Sección 2 Inscripción

Inscríbese a través de BENEFEDES Debe usar **BENEFEDES** para inscribirse o cambiar la inscripción en un plan FEDVIP. **BENEFEDES** es un sitio web de inscripción seguro (www.BENEFEDES.com) patrocinado por OPM. Si no tiene acceso a una computadora, llame al 1-877-888-FEDS (1-877-888-3337), número TTY 1-877-889-5680 para inscribirse o cambiar su inscripción.

Si actualmente está inscrito en FEDVIP y no desea cambiar de plan, su inscripción continuará automáticamente. Nota: Las primas de sus planes pueden cambiar para 2022.

Nota: No puede inscribirse ni cambiar la inscripción en un plan FEDVIP utilizando el Formulario de elección de beneficios de salud (SF 2809) o a través de un sistema de autoservicio de la agencia, como Employee Express, PostalEase, EBIS, MyPay o Employee Personal Page. Sin embargo, esos sitios pueden proporcionar un enlace a BENEFEDES.

Tipos de inscripción **Solicitante únicamente:** Una inscripción para el Solicitante únicamente lo cubre únicamente a usted como empleado o pensionado inscrito. Puede elegir una inscripción para el Solicitante únicamente aunque tenga una familia; sin embargo, sus familiares no estarán cubiertos por FEDVIP.

Solicitante y una persona: Una inscripción para el Solicitante y una persona lo cubre a usted como empleado o beneficiario de la anualidad inscrito y a un familiar elegible que usted especifique. Puede elegir una inscripción para el Solicitante y una persona aunque tenga familiares elegibles adicionales, pero estos no estarán cubiertos por FEDVIP.

Solicitante y su familia: Una inscripción para el Solicitante y su familia lo cubre a usted como empleado o pensionado inscrito y a todos sus familiares elegibles. Debe enumerar a todos sus familiares elegibles cuando se inscriba.

Inscripción doble Si usted o uno de los familiares está inscrito o cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar inscrita ni cubierta como familiar por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes dentales FEDVIP o dos planes oftalmológicos FEDVIP.

Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción **Temporada de inscripciones abiertas**
Si usted es un empleado elegible, pensionado o persona elegible para TRICARE, puede inscribirse en un plan dental y/u oftalmológico durante la temporada de inscripciones abiertas del 8 de noviembre hasta la medianoche, hora del este, del 13 de diciembre de 2021. La cobertura está vigente a partir del 1.º de enero de 2022.

Durante las próximas temporadas anuales de inscripciones abiertas, puede inscribirse en un plan o cambiar o cancelar su cobertura dental y/u oftalmológica. La fecha de vigencia de estas inscripciones y cambios de temporada de inscripciones abiertas será establecida por la OPM. **Si desea continuar con su inscripción actual, no haga nada. Su inscripción se transfiere de un año a otro, a menos que la cambie.**

Nueva contratación/Recientemente elegible

Puede inscribirse dentro de los 60 días después de volverse elegible como:

- un empleado nuevo;
- un empleado previamente no elegible que fue transferido a un puesto cubierto;
- un pensionado sobreviviente si aún no está cubierto por el FEDVIP; o
- un empleado que regresa al servicio después de una interrupción en el servicio de, al menos, 31 días;
- una persona elegible para TRICARE.

Evento de vida calificante

Un evento de vida calificante (qualifying life event, QLE) es un evento que le permite inscribirse, o si ya está inscrito, le permite cambiar su inscripción fuera de una temporada de inscripciones abiertas.

La siguiente tabla enumera los QLE y las acciones de inscripción que puede realizar.

Evento de vida calificante: Matrimonio

De no inscrito a inscrito: Sí

Aumento del tipo de inscripción: Sí

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: Sí

Evento de vida calificante: Adquisición de un familiar elegible (no cónyuge)

De no inscrito a inscrito: No

Aumento del tipo de inscripción: Sí

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Pérdida de un familiar cubierto

De no inscrito a inscrito: No

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: Sí

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Pérdida de otra cobertura dental/ofthalmológica (elegible o persona cubierta)

De no inscrito a inscrito: Sí

Aumento del tipo de inscripción: Sí

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Mudanza fuera del área de servicio del plan regional

De no inscrito a inscrito: No

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: Sí

Evento de vida calificante: Traspaso al servicio militar activo, estado no remunerado (miembro o cónyuge)

De no inscrito a inscrito: No

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: Sí

Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Regreso al estado de pago desde el servicio militar activo (miembro o cónyuge)

De no inscrito a inscrito: Sí

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Regreso al estado de pago tras una licencia sin goce de sueldo

De no inscrito a inscrito: **Sí (si la inscripción se canceló durante la licencia sin goce de sueldo [leave without pay, LWOP])**

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: **Sí (si la inscripción se canceló durante la LWOP)**

Evento de vida calificante: Anualidad/compensación restaurada

De no inscrito a inscrito: Sí
Aumento del tipo de inscripción: No
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: No
Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida calificante: Transferencia a un puesto elegible*

De no inscrito a inscrito: No
Aumento del tipo de inscripción: No
Reducción del tipo de inscripción: No
Cancelación: Sí
Cambio de un plan a otro: No

*El puesto debe ser en una agencia federal que proporcione cobertura dental y/u oftalmológica con una prima pagada por el empleador del 50 por ciento o más.

El plazo para solicitar un cambio de QLE es de 31 días antes a 60 días después del evento.

Existen dos excepciones:

- No hay límite de tiempo para un cambio basado en el traslado desde el área de servicio de un plan regional.
- No puede solicitar una nueva inscripción basada en un QLE antes de que ocurra el QLE, excepto en el caso de la inscripción por pérdida del seguro dental u oftalmológico. Debe realizar el cambio a más tardar 60 días después del evento.

En general, las inscripciones y los cambios de inscripción realizados en función de un QLE entran en vigencia el primer día del período de pago posterior al que BENEFEDS recibe y confirma la inscripción o el cambio. BENEFEDS le enviará una confirmación de la fecha de vigencia de su nueva cobertura.

Una vez que se inscribe en un plan, finaliza su período de 60 días para ese tipo de plan, incluso si aún no han transcurrido 60 días calendario. Eso significa que una vez que se haya inscrito en cualquiera de los planes, no puede cambiar ni cancelar esa inscripción en particular hasta la próxima temporada de inscripciones abiertas, a menos que experimente un QLE que permita dicho cambio o cancelación.

Cancelación de una inscripción

Puede cancelar su inscripción solo durante la temporada anual de inscripciones abiertas. La cobertura de un familiar elegible también finaliza en la fecha de vigencia de la cancelación.

Su cancelación entra en vigencia al final del día anterior a la fecha que OPM establece como la fecha de vigencia de la temporada de inscripciones abiertas.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura finaliza para empleados federales y del Servicio Postal de los EE. UU. activos y jubilados y personas elegibles para TRICARE cuando usted:

- ya no cumple con la definición de empleado elegible, pensionado o persona elegible para TRICARE;
- comienza a prestar servicio activo como reservista jubilado;
- abandona el servicio activo como el patrocinador o el miembro principal;
- comienza un período de estado de falta de pago o pago que no sea suficiente para que se retengan sus primas de FEDVIP y no realiza pagos directos de primas a BENEFEDS;
- realiza pagos directos de primas a BENEFEDS y deja de realizar los pagos;

- cancela la inscripción durante la temporada de inscripciones abiertas;
- un reservista jubilado comienza a prestar servicio activo;
- el patrocinador o el miembro principal abandona el servicio activo;

La cobertura para un familiar finaliza cuando:

- usted como miembro pierde la cobertura; o
- el familiar ya no cumple con la definición de familiar elegible.

NOTA: La cobertura finaliza para una persona cubierta cuando BCBS FEP Dental no recibe el pago de la prima para esa persona cubierta.

Continuación de la cobertura

Conforme a FEDVIP, no hay una extensión de la cobertura de 31 días. Las siguientes opciones TAMPOCO están disponibles en virtud de los planes FEDVIP:

- continuación temporal de la cobertura (TCC);
- cobertura de capital del cónyuge; o
- derecho a pasarse a una póliza individual (póliza de conversión).

FSAFEDS/Planes de salud con deducible alto y FEDVIP

Si está inscrito en un FSAFEDS HCFSA, puede aprovechar la opción de reembolso sin papeles, que le permite recibir el reembolso de su HCFSA sin presentar ningún reclamo de la FSAFEDS. Cuando BCBS FEP Dental recibe un reclamo de pago del Federal Employees Dental Program, enviamos información sobre su desembolso directo (como montos de copago y deducible) a FSAFEDS para su procesamiento. Luego, la FSAFEDS le reembolsa sus costos de desembolso directo elegibles; sin la necesidad de un formulario o recibo de reclamo.

Usar el dinero de su FSA antes de impuestos para sus necesidades dentales es una excelente manera de obtener más de su dinero de beneficios. BCBS FEP Dental enviará su desembolso directo de FSAFEDS elegible de forma electrónica a través del programa Paperless Reimbursement (PR). Para inscribirse en PR, visite www.FSAFEDS.com, haga clic en [My Account Summary](#) (Resumen de mi cuenta) y vaya luego a "Paperless Reimbursement" (Reembolso sin trámites) Tenga en cuenta que las primas de seguro no son gastos elegibles para ningún tipo de FSA.

Si tiene una cuenta FSAFEDS HCFSA o LEX HCFSA y no ha agotado sus fondos antes del 31 de diciembre del año del plan, FSAFEDS puede transferir automáticamente hasta \$500 de fondos no gastados a otra cuenta de gastos limitados o de atención médica para el año siguiente. Para ser elegible para la transferencia, debe ser empleado de una agencia que participe en FSAFEDS y que realice asignaciones activamente desde su pago hasta el 31 de diciembre. También debe reinscribirse activamente en una cuenta de atención médica o de gastos limitados durante la PRÓXIMA temporada de inscripciones abiertas para ser elegible para el traspaso. Su reinscripción debe ser por un mínimo de \$100. Si no se reinscribe, o si no es empleado de una agencia que participa en FSAFEDS y realiza asignaciones activamente desde su pago hasta el 31 de diciembre, sus fondos no se transferirán.

Debido a los beneficios impositivos que proporciona una FSA, el IRS exige que usted renuncie a cualquier dinero para el cual no haya incurrido en un gasto elegible y presente un reclamo en el período permitido. Esto se conoce como la regla "se usa o se pierde". Considere cuidadosamente el monto que elegirá.

Para una cuenta de atención médica o de gastos limitados, cada participante debe contribuir un mínimo de \$100 hasta un máximo de \$2,700.

Los participantes actuales de FSAFEDS deben volver a inscribirse para participar el próximo año. Consulte www.fsafeds.com o llame al 1-877-FSAFEDS (372-3337) o TTY: 1-866-353-8058.

Nota: FSAFEDS no está abierto a empleados jubilados ni a personas elegibles para TRICARE

Si se inscribe o está inscrito en un plan de salud con deducible alto con una Health Savings Account (HSA) (Cuenta de Ahorros para la Salud) o un Health reimbursement arrangement (HRA) (Convenio de reembolso de gastos médicos), puede usar su HSA o HRA para pagar los costos dentales/ofthalmológicos calificados que no estén cubiertos por sus planes de FEHB y FEDVIP. Deberá presentar su reclamo a la Cuenta de gastos flexibles para atención médica (Health Care

Flexible Spending Account, HCFSA) de FSAFEDS o a la Cuenta de gastos flexibles para atención médica de gastos limitados (Limited Expense Health Care Flexible Spending Account, LEX HCFSA).

Sección 3 Cómo obtener atención

Tarjetas de identificación/Confirmación de inscripción

Cuando se inscriba por primera vez, recibirá una carta de bienvenida junto con una tarjeta de identificación (“tarjeta de identificación”) que servirá como confirmación de su inscripción. Cada empleado recibirá 1 juego de 2 tarjetas de identificación de BCBS FEP Dental. Las tarjetas de identificación tendrán el nombre del empleado solo en las tarjetas de identificación. Es importante llevar sus tarjetas de identificación de FEDVIP y FEHB (si corresponde) a cada cita dental porque la mayoría de los planes de FEHB ofrecen algún nivel de beneficios dentales aparte de su cobertura de FEDVIP. Presentar ambas tarjetas de identificación puede garantizar el pago oportuno de los beneficios máximos permitidos en cada programa.

Si necesita una tarjeta de identificación de reemplazo, puede solicitarla a través de www.bcbsfepdental.com o puede llamar al 1-855-504-2583. Una tarjeta de identificación no es una garantía de beneficios ni su proveedor la necesita para prestar servicios dentales. Su dentista puede llamar al 1-855-504-2583 para confirmar su inscripción y los beneficios disponibles para usted.

Dónde obtener la atención cubierta

Puede obtener atención de cualquier dentista con licencia en los Estados Unidos o en el extranjero.

Proveedores del plan

Nuestro sitio web, www.bcbsfepdental.com, que cuenta con una sofisticada herramienta de búsqueda de proveedores que le permite seleccionar dentistas de acuerdo con un conjunto flexible de criterios que incluyen ubicación, proximidad y especialidad. Nuestro directorio de búsqueda de proveedores en línea se actualiza semanalmente y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede comunicarse con nosotros al 1-855-504-2583 para obtener los nombres de los proveedores participantes o para solicitar un directorio de proveedores.

Cuando programe su cita, informe al consultorio del dentista que está inscrito en el plan BCBS FEP Dental y que desea utilizar sus beneficios de la red. Esto también servirá para confirmar que el dentista es un proveedor de BCBS FEP Dental. **Nota:** Los proveedores de BCBS FEP Dental pueden trabajar desde varias ubicaciones; asegúrese de verificar que cualquier ubicación que no esté enumerada en nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea esté participando para asegurarse de que reciba beneficios dentro de la red.

Además, asegúrese de proporcionarle al proveedor su información de FEHB (si corresponde).

No es necesario que seleccione un dentista de atención primaria para recibir beneficios. Tiene la libertad de elegir el dentista que desea para su atención dental. Sin embargo, su elección de dentista puede marcar una diferencia en los beneficios que recibe y en el monto que paga. Puede tener desembolso directo adicional si su dentista no es un proveedor de la red.

Dentro de la red

Cuando utiliza un proveedor de la red BCBS FEP Dental, los beneficios se proporcionan a nivel de la red. Usted es responsable únicamente de los cargos cubiertos hasta nuestro monto máximo permitido por procedimiento. No deberá pagar la diferencia entre nuestro monto máximo permitido y los cargos facturados. La red de BCBS FEP Dental está compuesta por proveedores contratados y con acreditación independiente. Para encontrar un dentista en su área, visite www.bcbsfepdental.com. También puede comunicarse con el servicio al cliente al 1-855-504-2583.

Nota: La red de proveedores de BCBS FEP Dental puede ser distinta a la red de atención médica de FEP. Asegúrese de encontrar un proveedor de la red en el sitio web proporcionado anteriormente.

Solo los proveedores que figuran con sus ubicaciones correspondientes están dentro de la red. Es posible que no todos los dentistas de una ubicación pertenezcan a la red y que el mismo proveedor de una ubicación diferente no pertenezca a la red. Es su responsabilidad asegurarse de que el proveedor indicado esté activo y dentro de la red en el momento y el lugar en el que recibe los servicios.

Fuera de la red	<p>Puede obtener atención de cualquier dentista con licencia. Si el dentista que utiliza no forma parte de nuestra red, los beneficios se determinarán en función del nivel de beneficios fuera de la red. Debido a que estos proveedores están fuera de nuestra red, el pago se basará en el cargo real del proveedor o en los montos máximos permitidos establecidos por BCBS FEP Dental por los servicios prestados por proveedores fuera de la red, lo que sea menor. Usted es responsable del pago de la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Si un miembro elige salir de la red, el pago se realizará directamente al miembro.</p>
Servicios de emergencia	<p>Todos los gastos por servicios de emergencia son pagaderos como cualquier otro gasto, sujeto a las disposiciones del plan. Si recibe servicios de emergencia de un dentista fuera de la red, los beneficios se pagarán conforme a las disposiciones del plan fuera de la red. Deberá pagar la diferencia entre el monto máximo permitido y el cargo facturado.</p>
Monto máximo permitido	<p>El monto máximo de reembolso que permitimos para un procedimiento específico. Cuando utiliza un proveedor de la red, el proveedor no puede facturarle la diferencia entre el monto máximo permitido y el cargo facturado. Si usa un proveedor fuera de la red, es responsable de la diferencia del monto máximo permitido y el cargo facturado, además de los montos de copago, coseguro y/o deducible que correspondan.</p>
Certificación previa	<p>La certificación previa no es obligatoria. Aunque no se requieren estimaciones de certificación previa, el programa BCBS FEP Dental recomienda y recomienda enfáticamente que se envíen estimaciones previas al tratamiento para todos los servicios importantes y extensos antes del tratamiento. Los servicios mayores están sujetos a la revisión de un profesional dental con licencia, se aplican a dichos servicios, entre otros, cirugía bucal extensa, servicios periodontales, restauraciones mayores (coronas, puentes, incrustaciones/recubrimientos), endodoncia, prostodoncia extraíble, colocación de implantes y tratamiento relacionado y servicios de ortodoncia. Los planes de tratamiento extensos y clínicamente involucrados requerirán documentación de respaldo adicional, como notas de historia clínica, radiografías, fotografías, y pueden alternarse con un procedimiento profesionalmente aceptable menos costoso.</p> <p>Proporcionaremos una explicación de beneficios no vinculante a usted y a su dentista que indicará si los procedimientos están cubiertos y una estimación de lo que pagaremos por esos servicios específicos. El monto máximo permitido estimado se basa en su elegibilidad actual y en los beneficios del contrato vigentes en el momento de la finalización del servicio. La presentación de otros reclamos o cambios en la elegibilidad o el contrato puede alterar el pago final. Una estimación previa al tratamiento no es una garantía de beneficios.</p> <p>La determinación final de elegibilidad se determina cuando se procesa la reclamo. Tenga en cuenta que no es necesario que presente estimaciones previas al tratamiento a su compañía de seguros de FEHB. Pueden enviarse directamente a BCBS FEP Dental a:</p> <p>BCBS FEP Dental P.O. Box 75 Minneapolis, MN 55440-0075</p>
Beneficio alternativo	<p>En algunos casos, usted y su odontólogo tienen una opción de tratamiento y, si se puede utilizar más de un servicio para tratar su afección dental, podemos decidir autorizar únicamente un tratamiento alternativo a un servicio cubierto menos costoso si el servicio seleccionado es un método de tratamiento adecuado. Esta solicitud de beneficios se realiza en un esfuerzo por mantener sus primas dentales asequibles y asegurar que tenga cobertura para los tipos más comunes de tratamiento dental. El plan dental limita los beneficios al cargo máximo permitido por el servicio cubierto menos costoso que logre un resultado que cumpla con los estándares aceptados de atención dental profesional según lo determinemos nosotros. Limitaremos los beneficios pagaderos al beneficio que hubiera sido pagadero si se hubiera proporcionado el servicio cubierto menos costoso. Esto se denomina beneficio alternativo.</p>

Si usted y el dentista elijen el tratamiento más costoso en vez del beneficio alternativo, será responsable de los cargos adicionales más allá de la asignación para el servicio alternativo, incluso si es un proveedor de la red el que proporciona el servicio. Esto significa que cualquier diferencia entre el beneficio alternativo y el cargo realmente incurrido es su responsabilidad, incluido cualquier coseguro aplicable.

BCBS FEP Dental recomienda recibir una precertificación/determinación antes de recibir los servicios para que usted y su proveedor dental conozcan los términos y beneficios de la cobertura. Por ejemplo, si los consultores dentales determinan que un arco puede restaurarse con una prótesis o restauración estándar, no se permitirán beneficios para el implante individual o los procedimientos de implante. Un implante es un procedimiento cubierto del plan solo si se determina que es odontológicamente necesario y un tratamiento apropiado menos costoso. Revisaremos la documentación clínica presentada por su dentista tratante. Si el asesor dental determina que el implante no es odontológicamente necesario o que hay un tratamiento apropiado menos costoso disponible, no se permitirán beneficios para el implante individual o los procedimientos del implante, y se puede aprobar la asignación autorizada para el tratamiento menos costoso. Por ejemplo, la reconstrucción de la boca completa no es un beneficio cubierto.

Revisión dental

La revisión de reclamos de BCBS FEP Dental es realizada por profesionales dentales con licencia que revisan la documentación clínica presentada por el dentista que lo trata.

Estos profesionales dentales con licencia revisarán las notas clínicas y las imágenes de diagnóstico necesarias para verificar la necesidad dental de procedimientos, incluidos, entre otros, recubrimientos, coronas, reconstrucciones, puentes, implantes, tratamiento periodontal, extracciones y anestesia. Los profesionales dentales con licencia pueden extender un beneficio alternativo equivalente al de otra forma de tratamiento profesionalmente aceptable de acuerdo con los términos del plan BCBS FEP Dental.

El miembro tiene derecho a apelar cualquier decisión clínica desfavorable siempre que se haya recibido nueva documentación de respaldo adicional. El proveedor dental del miembro puede apelar en nombre del miembro.

Primer pagador de FEHB

Si tiene cobertura dental a través de su plan de FEHB y cobertura bajo el plan BCBS FEP Dental, su plan de FEHB será el primer pagador de cualquier pago de beneficios. Cuando los servicios son prestados por un proveedor que participa en FEHB y su plan BCBS FEP Dental, el monto máximo permitido por el plan BCBS FEP Dental será el cargo predominante, en estos casos. Somos responsables de facilitar el proceso si el pagador principal de FEHB es el Plan de Beneficios de Servicio de Blue Cross Blue Shield. Usted es responsable de la diferencia entre los pagos de beneficios de FEHB y BCBS FEP Dental y el monto máximo permitido para BCBS FEP Dental.

Si está cubierto por la Opción Básica del plan Blue Cross Blue Shield Service Benefit y por el plan BCBS FEP Dental, usted no es responsable de un copago de \$30. Si su proveedor cobra el copago por adelantado, debe reembolsar el copago en su totalidad una vez que la reclamo se haya procesado en virtud de BCBS FEP Dental.

Es importante llevar sus tarjetas de identificación de FEDVIP y FEHB (si corresponde) a cada cita dental porque la mayoría de los planes de FEHB ofrecen algún nivel de beneficios dentales aparte de su cobertura de BCBS FEP Dental. Presentar ambas tarjetas de identificación puede garantizar que reciba el pago oportuno del beneficio máximo permitido en cada programa. Consulte los siguientes ejemplos.

Ejemplo 1: Cobertura de opción alta (proveedor de la red). Este ejemplo supone que se han alcanzado todos los deducibles y que no se han alcanzado los valores máximos anuales.

Miembro de BCBS FEP Dental con cobertura de FEHB: FEHB siempre es el principal
Los servicios suministrados son por un proveedor de la red

1 empaste de superficie: \$108.00
Monto máximo permitido: \$60.00
Pago de FEHB (estimado): \$16.00
Beneficios de BCBS FEP Dental pagaderos en ausencia de cobertura de FEHB: \$42.00 (\$60.00 al 70 %)
Pago por parte de BCBS FEP Dental: \$42.00
Responsabilidades del miembro: \$2.00 (\$60-\$16-\$42=\$2.00)

Ejemplo 2: Cobertura de opción alta (proveedor fuera de la red). Este ejemplo supone que se han alcanzado todos los deducibles y que no se han alcanzado los valores máximos anuales.

Miembro de BCBS FEP Dental con cobertura de FEHB: FEHB siempre es el principal
Los servicios son suministrados por un proveedor fuera de la red
1 empaste de superficie: \$108.00*
Pago de FEHB (estimado): \$16.00
Beneficios de BCBS FEP Dental pagaderos en ausencia de cobertura de FEHB: \$64.80 (\$108.00 al 60 %)
Pago por parte de BCBS FEP Dental: \$64.80
Responsabilidades del miembro: \$27.20 (\$108-\$16-\$64.80=\$27.20)

*Supone que el cargo del proveedor está dentro del monto máximo permitido

Coordinación de beneficios

de Si usted está cubierto por un plan que no sea FEHB, sus beneficios de BCBS FEP Dental se coordinarán utilizando las disposiciones tradicionales de COB para determinar el pago. Consulte los siguientes ejemplos.

Coordinaremos los pagos de beneficios con el pago de beneficios en virtud de otra cobertura de beneficios de salud grupales (no FEHB) que pueda tener y el pago de costos dentales en virtud de un seguro sin culpa que pague beneficios sin tener en cuenta la culpa.

Ejemplo 3: Cobertura de opción alta (proveedor de la red). Este ejemplo supone que se han alcanzado todos los deducibles y que no se han alcanzado los valores máximos anuales.

La cobertura de BCBS FEP Dental es secundaria a la cobertura que no es FEHB
Los servicios suministrados son por un proveedor de la red
2 empastes de superficies: \$121.00
Monto máximo permitido: \$73.00
Pago de FEHB (estimado): \$60.50
Beneficios de BCBS FEP Dental pagaderos en ausencia de cobertura de FEHB: \$51.10 (\$73.00 al 70 %)
Pago por parte de BCBS FEP Dental: \$12.50
Responsabilidades del miembro*: \$0.00 (\$73-\$60.50-\$12.50=\$0.00)

*Supone que el proveedor no tiene una relación contractual con respecto a los cargos con la aseguradora principal

Ejemplo 4: Cobertura de opción alta (proveedor fuera de la red). Este ejemplo supone que se han alcanzado todos los deducibles y que no se han alcanzado los valores máximos anuales.

La cobertura de BCBS FEP Dental es secundaria a la cobertura que no es FEHB
Los servicios son suministrados por un proveedor fuera de la red
2 empastes de superficies: \$121.00
Pago de FEHB (estimado): \$96.80
Beneficios de BCBS FEP Dental pagaderos en ausencia de cobertura de FEHB: \$72.60 (\$121.00 al 60 %)
Pago por parte de BCBS FEP Dental: \$24.20
Responsabilidades del miembro*: \$0.00 (\$121-\$96.80-\$24.20=\$0.00)

*Supone que el cargo del proveedor está dentro del monto máximo permitido

Área de calificación

Sus tarifas se determinan en función de su lugar de residencia. Esto se denomina área de calificación. Si se muda, debe actualizar su dirección a través de BENEFEDS. Sus tarifas pueden cambiar debido a la mudanza. Sus tarifas no se verán afectadas si reside temporalmente en otra ubicación.

Área de acceso limitado

Si vive en un área de acceso limitado* (definida como una distancia en automóvil mayor a 15 millas en áreas urbanas/mayor a 35 millas en áreas rurales) y recibe servicios dentales cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagaremos las mismas asignaciones del plan como si utilizara un proveedor de la red. Es importante tener en cuenta que usted será responsable de la diferencia entre el monto facturado y nuestro pago. La aplicación de la disposición de acceso limitado no dará lugar a un pago adicional en virtud del plan de ortodoncia de opción alta. Si tiene alguna pregunta sobre las áreas de acceso limitado o si tiene problemas para encontrar un dentista dentro de la red en su área, llámenos al 1-855-504-2583.

***NOTA: Estándares de acceso**

El acceso limitado no se aplica a los miembros internacionales.

Códigos postales urbanos y suburbanos: al menos el 90 % de los elegibles para FEDVIP en un área de acceso a la red (código postal más 15 millas en automóvil) deben tener acceso a un proveedor preferido de atención dental.

Códigos postales rurales: al menos el 80 % de los elegibles para FEDVIP en un área de acceso a la red (código postal más 35 millas en automóvil) deben tener acceso a un proveedor preferido de atención dental.

Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos

Esto es lo que tendrá que pagar de desembolso directo por la atención cubierta que reciba:

Deducible

Un deducible es un monto fijo de gastos que debe pagar por determinados servicios y suministros cubiertos antes de que paguemos los servicios cubiertos. No hay límite de deducible familiar. Los cargos cubiertos acreditados al deducible también se cuentan para el máximo y las limitaciones del plan.

CLASE A

Opción de cobertura alta dentro de la red: \$0
Opción de cobertura estándar dentro de la red: \$0
Opción de cobertura alta fuera de la red: \$50
Opción de cobertura estándar fuera de la red: \$75

CLASE B

Opción de cobertura alta dentro de la red: \$0
Opción de cobertura estándar dentro de la red: \$0
Opción de cobertura alta fuera de la red: \$50
Opción de cobertura estándar fuera de la red: \$75

CLASE C

Opción de cobertura alta dentro de la red: \$0
Opción de cobertura estándar dentro de la red: \$0
Opción de cobertura alta fuera de la red: \$50
Opción de cobertura estándar fuera de la red: \$75

Ortodoncia

Opción de cobertura alta dentro de la red: \$0
Opción de cobertura estándar dentro de la red: \$0
Opción de cobertura alta fuera de la red: \$0
Opción de cobertura estándar fuera de la red: \$0

Coseguro

El coseguro es el porcentaje de nuestra asignación autorizada que debe pagar por su atención.

El coseguro no comienza hasta que alcanza su deducible, si corresponde.

CLASE A

Opción de cobertura alta dentro de la red: 0%
Opción de cobertura estándar dentro de la red: 0%
Opción de cobertura alta fuera de la red: 10 %
Opción de cobertura estándar fuera de la red: 40 %

CLASE B

Opción de cobertura alta dentro de la red: 30 %
Opción de cobertura estándar dentro de la red: 45 %
Opción de cobertura alta fuera de la red: 40 %
Opción de cobertura estándar fuera de la red: 60 %

CLASE C

Opción de cobertura alta dentro de la red: 50 %
Opción de cobertura estándar dentro de la red: 65 %
Opción de cobertura alta fuera de la red: 60 %
Opción de cobertura estándar fuera de la red: 80 %

Ortodoncia

Opción de cobertura alta dentro de la red: 50 %
Opción de cobertura estándar dentro de la red: 50 %
Opción de cobertura alta fuera de la red: 50 %
Opción de cobertura estándar fuera de la red: 50 %

Beneficio anual máximo	<p>Una vez que alcance este monto, usted será responsable de todos los cargos adicionales. Los máximos de beneficios anuales dentro de cada opción se combinan entre los servicios dentro y fuera de la red. El máximo de beneficio anual total nunca será mayor que el beneficio anual máximo dentro de la red.</p> <p>Beneficios anuales máximos:</p> <p>Opción de cobertura alta dentro de la red: Sin límite Opción de cobertura estándar dentro de la red: \$1,500 Opción de cobertura alta fuera de la red: \$3,000 Opción de cobertura estándar fuera de la red: \$750</p>
Máximo de beneficios de por vida	<p>El máximo de por vida se aplica únicamente a los beneficios de ortodoncia. No hay otros máximos de por vida en virtud de este plan.</p> <p>Máximo para ortodoncia de por vida</p> <p>Opción de cobertura alta dentro de la red: hasta \$3,500 Opción de cobertura estándar dentro de la red: hasta \$2,500 Opción de cobertura alta fuera de la red: hasta \$3,500 Opción de cobertura estándar fuera de la red: hasta \$1,250</p>
Servicios dentro de la red	<p>Usted paga el porcentaje de nuestra cantidad permitida para la red por servicios cubiertos. Usted no es responsable de los cargos que superen esa asignación autorizada. Para evitar cualquier malentendido del monto que adeudará, consulte a su dentista sobre su estado de participación en la red de BCBS FEP Dental antes de recibir atención dental.</p> <p>Solo los proveedores que figuran con sus ubicaciones correspondientes están dentro de la red. Es posible que no todos los dentistas de una ubicación pertenezcan a la red y que el mismo proveedor de una ubicación diferente no pertenezca a la red. Es su responsabilidad asegurarse de que el proveedor indicado esté activo y dentro de la red en el momento y el lugar en el que recibe los servicios.</p>
Servicios fuera de la red	<p>Si el dentista que lo atiende no forma parte de nuestra red, los beneficios se considerarán como nivel fuera de la red. Todos los servicios prestados por un dentista fuera de la red se pagarán a niveles fuera de la red, excepto los beneficios de acceso limitado. Todos los pagos de beneficios se basan en el monto máximo permitido de BCBS FEP Dental, que es un programa de montos máximos fijos en dólares establecidos por BCBS FEP Dental para los servicios de proveedores fuera de la red. Si un miembro elige salir de la red, los pagos se realizarán directamente al miembro.</p> <p>Todos los servicios fuera de la red enumerados en la Sección 5 están sujetos al monto máximo permitido según lo define BCBS FEP Dental. El miembro es responsable de todos los cargos restantes que excedan el máximo permitido.</p>
Año calendario	<p>El año calendario se refiere al año del plan, que se define como del 1.º de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.</p>
Servicios de emergencia	<p>Los servicios de emergencia se definen como aquellos servicios dentales necesarios para aliviar el dolor o prevenir el empeoramiento de una afección que sería causada por una demora.</p>
Tratamiento en curso	<p>El tratamiento en curso para dependientes de miembros en servicio activo que se jubilaron y que estaban inscritos en el TRICARE Dental Program (TDP) estará cubierto para el año del plan 2022; independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de vigencia del miembro.</p> <p>Este requisito incluye la asunción de pagos por servicios de ortodoncia cubiertos hasta los límites de la póliza de FEDVIP, y el pago total, cuando corresponda, hasta los términos de la póliza del FEDVIP para servicios cubiertos completados (pero no iniciados) en el año del plan 2022, como coronas e implantes.</p> <p>Este no es un requisito para que las aseguradoras proporcionen cobertura en curso para ortodoncia en un plan en el que un miembro debe cumplir con un período de espera.</p>

Las compañías de seguros de FEDVIP no cubrirán el tratamiento en curso si usted se inscribe en un plan de FEDVIP que tenga un período de espera o que no cubra el servicio. Varios planes dentales de FEDVIP tienen opciones que ofrecen cobertura de ortodoncia sin un período de espera de 12 meses y sin límites de edad.

Sección 5 Servicios y suministros dentales de clase A básicos

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando se determina que son necesarios para la prevención, diagnóstico, atención o tratamiento de una afección cubierta si se determina que cumple con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un proveedor de la red. Si elige usar un proveedor fuera de la red, la Opción de cobertura estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la Opción de cobertura alta tiene un deducible de \$50. Ninguna de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.
- No hay un beneficio máximo anual de Opción de cobertura alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.
- El beneficio máximo anual de la Opción de cobertura estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción de cobertura estándar en cualquier año del plan.
- Todos los servicios que requieran más de una visita se pagarán una vez que se completen todas las visitas.
- Las frecuencias entre su póliza FEHB y la póliza BCBS FEP Dental no se combinan por separado (p. ej., si 2 exámenes bucales están cubiertos por su póliza de FEHB y 2 exámenes bucales están cubiertos por BCBS FEP Dental, se cubrirá un total de 2 exámenes bucales y la cobertura coordinará entre ambas pólizas)
- La siguiente lista es una lista completa de los servicios cubiertos. BCBS FEP Dental proporcionará beneficios para estos servicios, sujetos a las exclusiones y limitaciones que se muestran en esta sección y en la Sección 7.

Usted paga:

Opción de cobertura alta

- **Dentro de la red:** Servicios preventivos y de diagnóstico: \$0 para servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujetos a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Servicios preventivos y de diagnóstico: deducible de \$50 y luego usted paga el 10 % de la asignación autorizada por el plan, sujeto a los valores máximos del plan. Es responsable del pago de cualquier diferencia entre la asignación autorizada y la cantidad facturada.

Opción de cobertura estándar

- **Dentro de la red:** Servicios preventivos y de diagnóstico: \$0 para servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujetos a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Deducible de \$75 y luego usted paga el 40 % de la asignación autorizada por el plan, sujeto a los valores máximos del plan. Es responsable del pago de cualquier diferencia entre la asignación autorizada y la cantidad facturada.

Servicios de diagnóstico y tratamiento

Los exámenes bucales se limitan a una combinación de 2 por año calendario

D0120 Evaluación bucal periódica, límite de 2 durante el año calendario para cualquier combinación de evaluaciones bucales.

D0140 Evaluación bucal limitada, enfocada en los problemas, límite de 2 durante el año calendario para cualquier combinación de evaluaciones bucales.

D0145 Evaluación bucal/Asesoramiento con el cuidador principal para pacientes de hasta 3 años, incluye prueba de susceptibilidad a caries D0425 e instrucciones de higiene bucal D1330. Límite de 2 durante el año calendario para cualquier combinación de evaluaciones bucales.

Servicios de diagnóstico y tratamiento (continúa en la página siguiente)

Servicios de diagnóstico y tratamiento (cont.)

D0150 Evaluación bucal integral, límite de 2 durante el año calendario para cualquier combinación de evaluaciones bucales.

D0180 Evaluación bucal periodóntica, límite de 2 durante el año calendario para cualquier combinación de evaluaciones bucales. Si se factura con un D4910, el D0180 alternará con un D0120.

D0210 Intrabucal, serie completa de radiografías, incluidas las aletas de mordidas, límite de 1 cada 60 meses.

D0220 Intrabucal, radiografía periapical.

D0230 Intrabucal, periapical, cada radiografía adicional.

D0240 Intrabucal, radiografía oclusal.

D0250 Extrabucal, radiografía de proyección 2D.

D0251 Extrabucal, radiografía dental posterior.

D0270 Aleta de mordida, individual, radiografía, límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás.

D0272 Aleta de mordida, dos radiografías, límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás.

D0273 Aleta de mordida, tres radiografías, límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás.

D0274 Aleta de mordida, 4 radiografías, límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás.

D0277 Aleta de mordida, de 7 a 8 radiografías, límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás.

D0330 Radiografía panorámica, límite de 1 cada 60 meses.

D0425 Pruebas de susceptibilidad a las caries.

D0486 Toma de biopsia con cepillo.

Servicios preventivos

D1110 Profilaxis, adulto: Límite de 3 por año calendario. Para los menores de 13 años se procesará como D1120, información adicional en la página siguiente.

D1120 Profilaxis, niño: Límite de 3 por año calendario. Para los mayores de 14 años se procesará como D1110, información adicional en la página siguiente.

D1206 Fluoruro tópico, barniz, límite de 2 durante el año calendario para pacientes de hasta 22 años en combinación con D1208.

D1208 Aplicación tópica de flúor, límite de 2 durante el año calendario para pacientes de hasta 22 años en combinación con D1206.

D1351 Sellador, por pieza dental, molares permanentes sin restaurar para pacientes de hasta 22 años, cualquier combinación de sellador o restauración preventiva de resina, límite de 1 cada 24 meses.

D1352 Restauraciones preventivas de resina en un paciente con riesgo de caries moderado a alto, sin restaurar, pieza dental permanente, cualquier combinación de sellador o restauración preventiva de resina, límite de 1 cada 24 meses para pacientes de hasta 22 años.

D1353 Reparación de sellador, por molar permanente sin restaurar para pacientes de hasta 22 años, cualquier combinación de sellador o restauración preventiva de resina, límite de 1 cada 24 meses.

D1354 Aplicación de medicamento para detener caries por pieza dental.

D1510 Separador, fijo, unilateral, por cuadrante, limitado a pacientes de hasta 22 años.

D1516 Separador, fijo, bilateral, maxilar, limitado a pacientes de hasta 22 años.

D1517 Separador, fijo, bilateral, mandibular, limitado a pacientes de hasta 22 años.

D1520 Separador, extraíble, unilateral, por cuadrante, limitado a pacientes de hasta 22 años.

D1526 Separador, extraíble, bilateral, maxilar, limitado a pacientes de hasta 22 años.

D1527 Separador, extraíble, bilateral, mandibular, limitado a pacientes de hasta 22 años.

Atención preventiva (continúa en la página siguiente)

Servicios preventivos (continuación)

D1551 Recementación o readhesión del separador bilateral, maxilar.

D1552 Recementación o readhesión del separador bilateral, mandibular.

D1553 Recementación o readhesión del separador unilateral, por cuadrante.

D1556 Extracción del separador unilateral fijo, por cuadrante. Se permite si es extraído por un dentista o consultorio dental que no colocó originalmente el aparato.

D1557 Extracción del separador bilateral fijo, maxilar. Se permite si es extraído por un dentista o consultorio dental que no colocó originalmente el aparato.

D1558 Extracción del separador bilateral fijo, mandibular. Se permite si es extraído por un dentista o consultorio dental que no colocó originalmente el aparato.

D1575 Mantenedor de espacio calzado distal, fijo, unilateral, por cuadrante, limitado a pacientes de hasta 22 años.

Procedimientos adicionales cubiertos como servicios básicos

D9110 Tratamiento paliativo del dolor dental, procedimiento menor, no cubierto el mismo día del tratamiento final.

D9310 Consulta (servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante).

D9311 Consulta con un profesional de atención médica.

D9440 Visita al consultorio, después de los horarios programados regularmente.

Notas básicas de la Clase A:

- Todos los exámenes, las evaluaciones bucales y los tratamientos como flúor se combinan bajo una limitación bajo el plan. Por ejemplo, el examen bucal periódico (D0120), las evaluaciones bucales (D0140) y el examen bucal integral (D0150, D0180) se combinan y se limitan a 2 exámenes por año. Si tiene una evaluación bucal periódica y un examen bucal limitado, ambos servicios se combinan para que no se paguen más que el gasto máximo permitido y la limitación.
- Profilaxis y descamación en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave:
 - Límite de 3 durante el año calendario para cualquier combinación de D1110, D1120 y D4346, a los menores de 13 años se les procesará como D1120 y a los mayores de 14 años se los procesará como D1110.
- Una evaluación integral por consultorio del proveedor; las evaluaciones integrales adicionales se procesarán como una evaluación periódica.
- 14 o más películas en la misma fecha de servicio se procesarán como D0210 (conjunto completo de imágenes radiográficas). Las aletas de mordida con la misma fecha de servicio que una radiografía panorámica se procesarán como D0210.
- Servicios certificados de traducción o de lenguaje de señas por visita de acuerdo con la reglamentación federal

Servicios no cubiertos

Consulte la Sección 7 para obtener una lista de exclusiones generales.

Clase B intermedia

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, atención o tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un proveedor de la red.
- Si elige usar un proveedor fuera de la red, la Opción de cobertura estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la Opción de cobertura alta tiene un deducible de \$50. Ninguna de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.
- No hay un beneficio máximo anual de Opción de cobertura alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red. Sin embargo, se pueden aplicar beneficios alternativos. Consulte la Sección 7, Cosas que no cubrimos, para obtener una lista de exclusiones y limitaciones.
- El beneficio máximo anual de la Opción de cobertura estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción de cobertura estándar en cualquier año del plan.
- Si se puede utilizar más de un servicio o procedimiento para tratar la afección dental de la persona cubierta, BCBS FEP Dental puede decidir autorizar únicamente un tratamiento alternativo a un servicio o procedimiento cubierto menos costoso si el servicio seleccionado es un método de tratamiento adecuado. Esto puede aplicar, entre otros, que incluyen: un empaste puede ser el beneficio alternativo a una corona o un recubrimiento, una dentadura postiza parcial puede ser un beneficio alternativo a implantes. En caso de que el miembro y el dentista elijan el tratamiento más costoso, el miembro será responsable de los cargos adicionales más allá de la asignación autorizada para el servicio alternativo, incluso si es un proveedor de la red.
- Una serie de servicios enumerados en esta sección pueden estar sujetos a revisión dental o se puede pagar un beneficio alternativo. Recomendamos que su dentista presente una predeterminación de beneficios. Para evitar gastos por servicios que el plan no cubrirá, se recomienda la predeterminación de beneficios acompañada de radiografías preoperatorias.
- Para los servicios de incrustación (D2610, D2620, D2630), si decide que se le realice el beneficio alternativo a un empaste, el límite de tiempo sería de 1 cada 24 meses.
- Todos los servicios que requieran más de una visita se pagarán una vez que se completen todas las visitas.
- La siguiente lista es una lista completa de los servicios cubiertos. BCBS FEP Dental proporcionará beneficios para estos servicios, sujetos a las exclusiones y limitaciones que se muestran en esta sección y en la Sección 7.
- El tratamiento en curso para los dependientes de los miembros de TDP jubilados estará cubierto para el año del plan 2022. Esto es independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de vigencia del miembro.

Usted paga:

Opción de cobertura alta

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 30 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Deducible de \$50; usted paga el 40 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Opción de cobertura estándar

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 45 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan. Para los niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.

- **Fuera de la red:** Deducible de \$75; usted paga el 60 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Servicios de restauración menor

D2140 Amalgama, 1 superficie, piezas dentales primarias o permanentes, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2150 Amalgama, 2 superficies, piezas dentales primarias o permanentes, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2160 Amalgama, 3 superficies, piezas dentales primarias o permanentes, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2161 Amalgama, 4 o más superficies, piezas dentales primarias o permanentes, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2330 Compuesto a base de resina, 1 superficie, piezas dentales anteriores, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2331 Compuesto a base de resina, 2 superficies, piezas dentales anteriores, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2332 Compuesto a base de resina, 3 superficies, piezas dentales anteriores, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2335 Compuesto a base de resina, 4 o más caras, o que incluya el ángulo incisivo (anterior), límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2390 Compuesto a base de resina, corona de resina anterior, límite cada 24 meses por pieza dental.
D2391 Compuesto a base de resina, 1 superficie, piezas dentales posteriores, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2392 Compuesto a base de resina, 2 superficies, piezas dentales posteriores, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2393 Compuesto a base de resina, 3 superficies, piezas dentales posteriores, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2394 Compuesto a base de resina, 4 o más superficies, piezas dentales posteriores, límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental.
D2610 Incrustación, porcelana, 1 superficie, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2620 Incrustación, porcelana, 2 superficies, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2630 Incrustación, porcelana, 3 o más superficies, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2910 Recementación de incrustación, límite de 1 cada 6 meses después de la colocación inicial, si se realiza en menos de 6 meses después de la colocación, sin responsabilidad del paciente.
D2915 Recementación de fundición o postes y muñones prefabricados, límite de 1 cada 6 meses después de la colocación inicial, si se realiza en menos de 6 meses después de la colocación, sin responsabilidad del paciente.
D2920 Recementación de incrustación de corona, límite de 1 cada 6 meses después de la colocación inicial, si se realiza en menos de 6 meses después de la colocación, sin responsabilidad del paciente.
D2921 Recolocación de fragmento de pieza dental, límite de 1 cada 24 meses, incluido con los empastes.
D2928 Corona prefabricada de porcelana/cerámica, pieza dental permanente, límite de 1 cada pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2929 Corona prefabricada de porcelana/cerámica, pieza dental primaria, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2930 Corona prefabricada de acero inoxidable, pieza dental primaria, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, incluidas coronas, puentes y prótesis.
D2931 Corona prefabricada de acero inoxidable, pieza dental permanente, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, incluidas coronas, puentes y prótesis.
D2940 Restauración protectora.
D2941 Restauración terapéutica provisional, dentición primaria.
D2951 Retención de perno, por pieza dental, además de la restauración.
D7288 Biopsia con cepillo, límite de 1 cada 12 meses.

Servicios de endodoncia

D3110 Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final).

D3120 Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final).

D3220 Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final), piezas dentales primarias solamente, 1 de por vida.

D3221 Desbridamiento pulpar, piezas dentales primarias o permanentes.

D3222 Pulpotomía parcial para apexogénesis, piezas dentales permanentes con desarrollo radicular incompleto, 1 de por vida.

D3230 Terapia pulpar (empaste reabsorbible), piezas dentales primarias anteriores (no incluye la restauración final), 1 de por vida.

D3240 Terapia pulpar (empaste reabsorbible), piezas dentales primarias posteriores (no incluye la restauración final), 1 de por vida.

D3355 Visita inicial de regeneración pulpar.

D3356 Visita intermedia de regeneración pulpar.

D3357 Finalización del tratamiento de regeneración pulpar.

Servicios periodontales

D4341 Alisado radicular y eliminación del sarro periodontal, 4 o más piezas dentales por cuadrante, límite de 1 cada 24 meses.

D4342 Alisado radicular y eliminación del sarro periodontal, de 1 a 3 piezas dentales por cuadrante, límite de 1 cada 24 meses.

D4346 Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa, después del examen bucal, limitado a 3 en combinación con D1110 y/o D1120 durante el año calendario.

D4381 Administración localizada de agentes antimicrobianos.

D4910 Mantenimiento periodontal, límite de 4 cada 12 meses combinado con profilaxis para adultos y raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, después de completar la terapia periodontal activa.

D7921 Recolección, aplicación de producto autólogo, límite de 1 en 36 meses.

Servicios de prostodoncia

D5410 Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5411 Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5421 Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5422 Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5511 Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5512 Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5520 Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas, dentadura postiza completa (cada pieza dental), límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5611 Reparación de base de dentadura postiza de resina, mandibular, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5612 Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5621 Reparación de estructura fundida, límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.

D5622 Reparación de estructura parcial fundida, límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.

D5630 Reparación o reemplazo de materiales de retención/ganchos rotos por pieza dental, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5640 Reemplazo de piezas dentales rotas, por pieza dental, límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5650 Adición de un pieza dental a una dentadura postiza parcial existente, límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

Servicios de prostodoncia (continuación)

D5660 Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.

D5670 Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílicos en estructura de metal fundida, maxilar, límite de 2 cada 24 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5671 Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílicos en estructura de metal fundida, mandibular, límite de 2 cada 24 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5710 Rebasado de dentadura postiza completa maxilar, límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5711 Rebasado de dentadura postiza completa mandibular, límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5720 Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar, límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5721 Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular, límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5725 Rebasado de prótesis híbrida, límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5730 Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (directo), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5731 Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (directo), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5740 Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5741 Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5750 Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (indirecto), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5751 Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (indirecto), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5760 Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5761 Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto), límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5765 Revestimiento suave para dentaduras postizas completas o parciales, indirecto, límite de 1 por año cada 36 meses a partir de 6 meses después de la colocación inicial.

D5850 Acondicionamiento tisular (maxilar).

D5851 Acondicionamiento tisular (mandibular).

D6096 Extracción del tornillo de retención del implante roto, límite de 1 cada 60 meses.

D6930 Recementación de dentadura postiza parcial fija, límite de 1 por puente a partir de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.

D6980 Reparación de dentadura parcial fija, por informe.

D9120 Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija, 1 cada 60 meses.

Cirugía bucal

D7111 Extracción de restos coronales, pieza dental primaria.

D7140 Extracción de una pieza dental erupcionada o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps).

D7210 Extracción quirúrgica de pieza dental erupcionada que requiere la elevación del colgajo mucoperióstico y la extracción del hueso o de una parte de la pieza dental.

D7220 Extracción de pieza dental impactada, tejido blando.

D7230 Extracción de pieza dental impactada, osificación parcial.

D7240 Extracción de pieza dental impactada, osificación total.

D7241 Extracción de pieza dental impactada, osificación total con complicaciones quirúrgicas inusuales.

D7250 Extracción quirúrgica de raíces residuales (con incisión).

Cirugía bucal (continúa en la página siguiente)

Cirugía bucal (continuación)

D7251 Coronectomía, extracción parcial intencional de pieza dental.

D7270 Reimplante y/o estabilización de avulsión/desplazamiento dental accidental.

D7272 Trasplante de pieza dental, incluye colocación de férula o estabilización.

D7280 Acceso quirúrgico de una pieza dental que no brotó.

D7310 Alveoloplastia junto con extracciones, por cuadrante.

D7311 Alveoloplastia junto con extracciones, de 1 a 3 piezas o espacios dentales, por cuadrante.

D7320 Alveoloplastia sin extracciones, por cuadrante.

D7321 Alveoloplastia sin con extracciones, de 1 a 3 piezas o espacios dentales, por cuadrante.

D7471 Extracción de exostosis.

D7485 Reducción quirúrgica de tuberosidad.

D7510 Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal suave.

D7910 Sutura de lesiones pequeñas recientes de hasta 5 cm.

D7953 Injerto de reemplazo óseo para preservación de la cresta, por sitio, sin revisión en piezas dentales anteriores. Se revisaron las piezas dentales posteriores para determinar si están cubiertos o no. Se denegaron los sitios de extracción de 1.º molar, a menos que se realizara D7251. Piezas dentales anteriores y piezas dentales posteriores aprobados, límite de 1 cada 60 meses

D7971 Escisión gingival pericoronar.

D7972 Reducción de la tuberosidad fibrosa, límite de 1 cada 6 meses.

D7999 Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe.

Notas intermedias de la clase B:

- Las restauraciones son beneficios cubiertos solo cuando son necesarias para reemplazar la estructura dental debido a una fractura o caries.
- Para fines de informes y beneficios, la fecha de finalización de las coronas y las dentaduras postizas parciales fijas es la fecha de cementación. La fecha de finalización es la fecha de colocación de los aparatos de prostodoncia extraíbles. Para las dentaduras postizas inmediatas, el proveedor que fabricó la dentadura postiza puede recibir un reembolso por el servicio después de la colocación por parte de otro proveedor (p. ej., un cirujano bucal).
- El acondicionamiento de tejidos se considera inclusivo cuando se realiza el mismo día que la colocación de una dentadura postiza o un revestimiento/rebasado.
- Los injertos de reemplazo óseo para la preservación de la cresta se limitan a los lugares de extracción cuando los implantes están aprobados para su colocación o cuando puede ser necesario extraerlos.

Servicios no cubiertos

Consulte la Sección 7 para obtener una lista de exclusiones generales.

Clase C mayor

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, atención o tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un proveedor de la red.
- Si elige usar un proveedor fuera de la red, la Opción de cobertura estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la Opción de cobertura alta tiene un deducible de \$50. Ninguna de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.
- No hay un beneficio máximo anual de Opción de cobertura alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.
- El beneficio máximo anual de la Opción de cobertura estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción de cobertura estándar en cualquier año del plan.
- Si se puede utilizar más de un servicio o procedimiento para tratar la afección dental de la persona cubierta, BCBS FEP Dental puede decidir autorizar un tratamiento alternativo a un servicio o procedimiento cubierto menos costoso si el servicio seleccionado es un método de tratamiento adecuado. Esto puede aplicar, entre otros, que incluyan: un empaste puede ser el beneficio alternativo a una corona o un recubrimiento, una dentadura postiza parcial puede ser un beneficio alternativo a los implantes. En caso de que el miembro y el dentista elijan el tratamiento más costoso, el miembro será responsable de los cargos adicionales más allá de la asignación autorizada para el servicio alternativo, incluso si es un proveedor de la red.
- Una serie de servicios enumerados en esta sección pueden estar sujetos a revisión dental o se puede pagar un beneficio alternativo. Recomendamos que su dentista presente una predeterminación de beneficios. Para evitar gastos por servicios que el plan no cubrirá, se recomienda predeterminar los beneficios acompañados de radiografías preoperatorias.
- Para los servicios de incrustación (D2510, D2520, D2530, D2650, D2651, D2652), si decide que se le realice el beneficio alternativo a un empaste, el límite de tiempo sería de 1 cada 24 meses.
- Todos los servicios que requieran más de una visita se pagarán una vez que se completen todas las visitas.
- La siguiente lista es una lista completa de los servicios cubiertos. BCBS FEP Dental proporcionará beneficios para estos servicios, sujetos a las exclusiones y limitaciones que se muestran en esta sección y en la Sección 7.
- El tratamiento en curso para los dependientes de los miembros de TDP jubilados estará cubierto para el año del plan 2022. Esto es independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de vigencia del miembro.

Usted paga:

Opción de cobertura alta

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 50 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Deducible de \$50; usted paga el 60 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Opción de cobertura estándar

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 65 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan. Para los niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Deducible de \$75; usted paga el 80 % de la asignación autorizada por el plan para los

servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Servicios de restauración mayor

D0160 Evaluación bucal detallada y extensiva, límite de 2 durante el año calendario para cualquier combinación de evaluaciones bucales.
D2410 Lámina de oro, 1 superficie, límite de 1 cada 24 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2420 Lámina de oro, 2 superficies, límite de 1 cada 24 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2430 Lámina de oro, 3 superficies, límite de 1 cada 24 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2510 Incrustación, metal, 1 superficie, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2520 Incrustación, metal, 2 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2530 Incrustación, metal, 3 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2542 Recubrimiento, metal, 2 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2543 Recubrimiento, metal, 3 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2544 Recubrimiento, metal, 4 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2642 Recubrimiento, porcelana, 2 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2643 Recubrimiento, porcelana, 3 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2644 Recubrimiento, porcelana, 4 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2650 Compuesto incrustación, 1 superficie, procedimiento de laboratorio, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2651 Compuesto incrustación, 2 superficies, procedimiento de laboratorio, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2652 Compuesto incrustación, 3 superficies, procedimiento de laboratorio, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2662 Recubrimiento, compuesto, 2 superficies, procedimiento de laboratorio, límite de 1 cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2663 Recubrimiento, compuesto, 3 superficies, procedimiento de laboratorio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2664 Recubrimiento, compuesto, 4 o más superficies, procedimiento de laboratorio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2710 Corona de resina, procedimiento de laboratorio, límite de 1 cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2712 Corona 3/4 de resina, procedimiento de laboratorio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2720 Corona de resina/metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2721 Corona de resina/base de metal prediseñada, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2722 Corona de resina/metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2740 Corona, porcelana/cerámica, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D6750 Corona, porcelana fusionada con metal altamente noble, límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2751 Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente base, límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2752 Corona, porcelana fusionada con metal noble, límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2753 Corona, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2780 Corona, 3/4 fusionada con metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2781 Corona, 3/4 fusionada con metal predominantemente base, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2782 Corona, 3/4 fusionada con metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2783 Corona, 3/4 porcelana/cerámica, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis. Se deniega si se realiza en una pieza dental anterior.
D2790 Corona, fundida completamente en metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.

Servicios de reconstrucción mayor (continúa en la página siguiente)

Servicios de restauración mayor (continuación)

D2791 Corona, fundida completamente en metal predominantemente base, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2792 Corona, fundida completamente en metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2794 Corona, titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis.
D2932 Corona prefabricada de resina, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, incluidas coronas, puentes y prótesis.
D2933 Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, se proporcionará un beneficio alternativo.
D2934 Corona prefabricada de acero inoxidable con recubierta estética, pieza dental primaria, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes, incluidas coronas, puentes y prótesis.
D2950 Reconstrucción de núcleo, incluye cualquier perno, límite de 1 procedimiento de reconstrucción, por pieza dental cada 60 meses.
D2952 Corona con perno y núcleo fundidos, límite de 1 procedimiento de acumulación, cada 60 meses.
D2954 Perno y muñón prefabricado, además de la corona, límite de 1 procedimiento de reconstrucción, por pieza dental cada 60 meses.
D2955 Extracción de perno, no junto con la terapia endodóntica.
D2971 Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que se ajuste a la estructura de la dentadura postiza parcial existente, límite de 1 cada 60 meses.
D2980 Reparación de corona, por informe, límite de 1 cada 12 meses.
D2981 Reparación de incrustaciones, límite de 1 cada 12 meses.
D2982 Reparación de recubrimiento, límite de 1 cada 12 meses.
D2983 Reparación de carillas, límite de 1 cada 12 meses.
D2990 Infiltración de resina/superficie lisa.

Servicios de endodoncia

D3310 Conducto radicular anterior (excepto la reconstitución final).
D3320 Conducto radicular premolar (excepto la reconstitución final).
D3330 Conducto radicular molar (excepto la reconstitución final).
D3346 Nuevo tratamiento del conducto radicular previo, anterior.
D3347 Nuevo tratamiento del conducto radicular previo, premolar.
D3348 Nuevo tratamiento del conducto radicular previo, molar.
D3351 Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, resorción radicular, etc.).
D3352 Apexificación/recalcificación, reemplazo de medicación intermedio (cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, resorción radicular, etc.).
D3353 Apexificación/recalcificación, visita final (incluye el tratamiento del conducto radicular completado, el cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, la resorción radicular, etc.).
D3410 Apicectomía/cirugía perirradicular, anterior.
D3421 Apicectomía/cirugía perirradicular, premolar (primera raíz).
D3425 Apicectomía/cirugía perirradicular, molar (primera raíz).
D3426 Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional).
D3430 Empaste retrógrado, por raíz.
D3450 Amputación radicular, por raíz.
D3471 Reparación quirúrgica de resorción radicular, piezas dentales anteriores.
D3472 Reparación quirúrgica de resorción radicular, premolares.
D3473 Reparación quirúrgica de resorción radicular, molares.
D3501 Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación de la resorción radicular, piezas dentales anteriores.
D3502 Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación de la resorción radicular, premolares.
D3503 Exposición quirúrgica de la superficie de la raíz sin apicectomía o reparación de la resorción radicular, molares.
D3920 Hemisección (con extracción radicular), no incluye terapia de conductos radiculares.
D3921 Decoronación o inmersión de un pieza dental erupcionada.

Servicios periodontales

D4210 Gingivectomía o gingivoplastia, 4 o más piezas dentales contiguas o espacios de las piezas dentales unidas, por cuadrante, límite de 1 cada 36 meses.

D4211 Gingivectomía o gingivoplastia, de 1 a 3 piezas dentales, por cuadrante, límite de 1 cada 36 meses.

D4212 Gingivectomía o gingivoplastia, con procedimientos de restauración, por pieza dental, límite de 1 cada 36 meses.

D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular, 4 o más piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante, límite de 1 cada 36 meses.

D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular, de 1 a 3 piezas dentales por cuadrante, límite de 1 cada 36 meses.

D4245 Colgajo posicionado acústicamente, piezas dentales permanentes solamente, límite de 1 cada 36 meses.

D4249 Alargamiento clínico de corona, tejido duro.

D4260 Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo), 4 o más piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante, límite de 1 cada 36 meses.

D4261 Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo), de 1 a 3 piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante, límite de 1 cada 36 meses.

D4263 Injerto de reemplazo óseo, primer sitio en el cuadrante, piezas dentales permanentes solamente, límite de 1 cada 36 meses.

D4264 Injerto de reemplazo óseo, cada sitio adicional en el cuadrante, piezas dentales permanentes solamente, límite de 1 cada 36 meses.

D4268 Procedimiento de revisión quirúrgica, por pieza dental.

D4270 Procedimiento de injerto de tejido blando pedicular, límite de 1 cada 36 meses.

D4273 Procedimientos de injerto de tejido conectivo autógeno primera pieza dental (incluida la cirugía en el lugar del donante y del receptor), límite de 1 cada 36 meses.

D4274 Cuña distal/proximal, piezas dentales permanentes solamente, límite de 1 cada 36 meses.

D4275 Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el sitio del receptor y el material del donante) primera pieza dental, implante o posición desdentada en el injerto, límite de 1 cada 36 meses.

D4276 Injerto pedicular y de tejido conectivo combinados, por pieza dental, límite de 1 cada 36 meses.

D4277 Procedimiento de injerto de tejido blando libre, primera pieza dental, límite de 1 cada 36 meses.

D4278 Procedimiento de injerto de tejido blando libre, pieza dental adicional, límite de 1 cada 36 meses.

D4283 Procedimientos de injerto de tejido conectivo autógeno, pieza dental adicional (incluida la cirugía en el lugar del donante y del receptor), límite de 1 cada 36 meses.

D4285 Procedimientos de injerto de tejido conectivo no autógeno, pieza dental adicional (incluida la cirugía en el lugar del donante y del receptor), límite de 1 cada 36 meses.

D4355 Limpieza quirúrgica de toda la boca para permitir una evaluación y un diagnóstico completos, límite de 1 de por vida.

D4999 Procedimiento periodontal, no especificado por informe.

Servicios de prostodoncia

D5110 Dentadura postiza completa, maxilar, límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.

D5120 Dentadura postiza completa, mandibular, límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.

D5130 Dentadura postiza inmediata, maxilar, límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.

D5140 Dentadura postiza inmediata, mandibular, límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.

D5211 Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses.

Se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.

D5212 Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses.

Se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.

D5213 Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses.

D5214 Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses.

D5221 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

Servicios de prostodoncia (continuación)

D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses.
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses.
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y piezas dentales), límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal.
D5282	Dentadura parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), maxilar, límite de 1 cada 60 meses.
D5283	Dentadura parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluye materiales de retención/ganchos, apoyos y piezas dentales), mandibular, límite de 1 cada 60 meses.
D5863	Sobredentadura, maxilar completa, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D5864	Sobredentadura, maxilar parcial, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D5865	Sobredentadura, mandibular completa, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D5866	Sobredentadura, mandibular parcial, límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo.
D5876	Añadición de una subestructura de metal a una dentadura postiza completa de acrílico (por arco dentario), límite de 1 cada 60 meses.
D6010	Implante endóstico, colocación quirúrgica, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses.
D6012	Colocación quirúrgica de implante provisional para prótesis de transición: implante endóstico, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses.
D6013	Miniimplante, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses.
D6040	Implante eosteal, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses.
D6050	Implante transóseo, incluido el material, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses.
D6055	Barra de conexión, sostenida por implante o pilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6056	Pilar prefabricado, incluye modificación y colocación, límite de 1 cada 60 meses.
D6057	Pilar fabricado a medida, incluye modificación y colocación, límite de 1 cada 60 meses.
D6058	Corona cerámica de porcelana sostenida por pilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6059	Porcelana sostenida por pilar fusionada con corona de metal, metal altamente noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6060	Porcelana sostenida por pilar fusionada con corona de metal, metal predominantemente noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6061	Porcelana sostenida por pilar fusionada con corona de metal, metal noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6062	Corona de metal fundido sostenida por pilar, metal altamente noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6063	Corona de metal fundido sostenida por pilar, metal predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses.
D6064	Corona de metal noble fundido sostenida por pilar, metal noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6065	Corona de porcelana/cerámica sostenida por implante, límite de 1 cada 60 meses.
D6066	Corona de porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6067	Corona sostenida por implante, aleaciones altamente nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6068	Retenedor sostenido por pilar para dentadura parcial fija (fixed partial denture, FPD) de porcelana/cerámica, límite de 1 cada 60 meses.
D6069	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal, metal altamente noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6070	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal, metal predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses.
D6071	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal, metal noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6072	Retenedor para FPD de porcelana fusionada con metal, metal altamente noble, límite de 1 cada 60 meses.

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

Servicios de prostodoncia (continuación)

D6073 Retenedor sostenido por pilar para FPD de metal fundido, metal predominantemente noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6074 Retenedor sostenido por pilar para FPD de metal fundido, metal noble, límite de 1 cada 60 meses.
D6075 Retenedor sostenido por implante para FPD de cerámica, límite de 1 cada 60 meses.
D6076 Retenedor sostenido por implante para FPD, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6077 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, aleaciones altamente nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6080 Implante de procedimientos de mantenimiento, límite de 1 cada 60 meses.
D6082 Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses.
D6083 Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6084 Corona sostenida por implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.
D6086 Corona sostenida por implante, aleaciones predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses.
D6087 Corona sostenida por implante, aleaciones nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6088 Corona sostenida por implante, titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.
D6090 Reparación de prótesis implantada, límite de 1 cada 60 meses.
D6091 Reemplazo de una pieza sustituible de una prótesis soportada por un implante o pilar de semiprecisión o de precisión, límite de 1 cada 60 meses.
D6092 Recementación de corona sostenida por implante/pilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6093 Recementación de dentadura parcial fija sostenida por implante/pilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6094 Corona sostenida por pilar, titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.
D6095 Reparación de pilar implantado, límite de 1 cada 60 meses.
D6097 Corona sostenida por pilar, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.
D6098 Retenedor sostenido por implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses.
D6099 Retenedor sostenido por implante para FPD, porcelana fusionada con aleaciones nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6100 Extracción del implante, por informe, límite de una vez por ubicación del implante.
D6101 Desbridamiento de un defecto de periimplante y limpieza de superficie de las superficies expuestas del implante, incluido el ingreso y cierre del colgajo, límite de 1 de por vida.
D6102 Desbridamiento y contorno óseo de un defecto de periimplante; incluye limpieza de superficie de las superficies expuestas del implante, y el ingreso y cierre del colgajo, límite de 1 de por vida.
D6103 Injerto óseo para la reparación de defecto periimplante, sin incluir la entrada y el cierre del colgajo o, cuando esté indicado, la colocación de una membrana de barrera o materiales biológicos para ayudar en la regeneración ósea, límite de 1 cada 36 meses.
D6104 Injerto óseo en el momento de la colocación del implante, límite de 1 cada 36 meses.
D6110 Dentadura extraíble sostenida por implantes para una arcada desdentada, maxilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6111 Dentadura extraíble sostenida por implantes para una arcada desdentada, mandibular, límite de 1 cada 60 meses.
D6112 Dentadura extraíble sostenida por implantes para una arcada parcialmente desdentada, maxilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6113 Dentadura extraíble sostenida por implantes para una arcada parcialmente desdentada, mandibular, límite de 1 cada 60 meses.
D6114 Dentadura fija sostenida por implantes para una arcada desdentada, maxilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6115 Dentadura fija sostenida por implantes para una arcada desdentada, mandibular, límite de 1 cada 60 meses.
D6116 Dentadura fija sostenida por implantes para una arcada parcialmente desdentada, maxilar, límite de 1 cada 60 meses.
D6117 Dentadura fija sostenida por implantes para una arcada parcialmente desdentada, mandibular, límite de 1 cada 60 meses.
D6120 Retenedor sostenido por implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.
D6121 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, aleaciones predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses.
D6122 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, aleaciones nobles, límite de 1 cada 60 meses.
D6123 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.
D6090 Índice de implante, límite de 1 cada 60 meses.
D6191 Pilar de semiprecisión, colocación, límite de 1 cada 60 meses.
D6192 Fijación de semiprecisión, colocación, límite de 1 cada 60 meses.
D6194 Corona retenedora sostenida por pilar para FPD, titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

Servicios de prostodoncia (continuación)

D6195 Retenedor sostenido por pilar, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses.

D6205 Póntico, compuesto a base de resina indirecto, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6210 Póntico, fundido en metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6211 Póntico, fundido en metal predominantemente noble, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6212 Póntico, fundido en metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6214 Póntico, titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6240 Póntico, porcelana fundida en metal altamente noble, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6241 Póntico, porcelana fundida en metal predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6242 Póntico, porcelana fundida en metal noble, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6243 Póntico, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6245 Póntico, porcelana/cerámica, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6250 Póntico, resina con metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6251 Póntico, resina con metal predominantemente base, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6252 Póntico, resina con metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6545 Retenedor, metal fundido para prótesis fija adherida con resina, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6548 Retenedor, porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis, **se proporcionará un beneficio alternativo.**

D6549 Retenedor, resina para prótesis fija unida con resina, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6600 Incrustación, porcelana/cerámica, 2 superficies, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis, **se proporcionará un beneficio alternativo.**

D6601 Incrustación/Recubrimiento, porcelana/cerámica, 3 o más superficies, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis, **se proporcionará un beneficio alternativo.**

D6602 Incrustación, fundida en metal altamente noble, 2 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6603 Incrustación, fundida en metal altamente noble, 3 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6604 Incrustación, fundida en metal predominantemente base, 2 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6605 Incrustación, fundida en metal predominantemente base, 3 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6606 Incrustación, fundida en metal noble, 2 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6607 Incrustación, fundida en metal noble, 3 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6608 Recubrimiento de retenedor, porcelana/cerámica, 2 o más superficies, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis, **se proporcionará un beneficio alternativo.**

D6609 Recubrimiento de retenedor, porcelana/cerámica, 3 o más superficies, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis, límite de 1 cada 60 meses, **se proporcionará un beneficio alternativo.**

D6610 Recubrimiento, fundido en metal altamente noble, dos superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

Servicios de prostodoncia (continuación)

D6611 Recubrimiento, fundido en metal altamente noble, 3 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6612 Recubrimiento, fundido en metal predominantemente base, 2 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6613 Recubrimiento, fundido en metal predominantemente base, 3 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6614 Recubrimiento, fundido en metal noble, 2 superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6615 Recubrimiento, fundido en metal noble, 3 o más superficies, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6624 Incrustación, fundida en titanio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6634 Recubrimiento, fundido en titanio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6710 Corona, compuesto a base de resina indirecto, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6720 Corona, resina con metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6721 Corona, resina con metal predominantemente base, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6722 Corona, resina con metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6740 Corona, porcelana/cerámica, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6750 Corona, porcelana fusionada con metal altamente noble, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6751 Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6752 Corona, porcelana fusionada con metal noble, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6753 Corona retenedora, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6780 Corona, 3/4 fundida en metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6781 Corona, 3/4 fundida en metal predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6782 Corona, 3/4 fundida en metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6783 Corona, 3/4 porcelana/cerámica, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6784 Corona retenedora 3/4, titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6790 Corona, fundida completamente en metal altamente noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6791 Corona, fundida completamente en metal predominantemente base, límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6792 Corona, fundida completamente en metal noble, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D6794 Corona, corona retenedora de titanio y aleaciones de titanio, límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis.

D7340 Vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelización secundaria).

D7350 Vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluidos injertos de tejido blando, readhesión muscular, revisión de la fijación de tejido blando y manejo de tejido hipertrófico e hiperplásico).

D7994 Colocación quirúrgica del implante zigomático, límite de 1 por pieza dental cada 6 meses.

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

Servicios de prostodoncia (continuación)

D9932 Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble maxilar, límite de 3 veces por año calendario.

D9933 Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble mandibular, límite de 3 veces por año calendario.

D9934 Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble maxilar, límite de 3 veces por año calendario.

D9935 Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble mandibular, límite de 3 veces por año calendario.

Notas principales de la clase C:

- Todos los servicios de prostodoncia principales se combinan bajo una limitación de reemplazo bajo el plan. Los beneficios para los servicios de prostodoncia se combinan y limitan a uno cada 60 meses. Por ejemplo, si se pagan beneficios para una dentadura postiza parcial, esto incluye beneficios para reemplazar todas las piezas dentales faltantes en el arco. No se considerarían beneficios adicionales para el arco hasta que se alcance el límite de reemplazo de 60 meses.
- Cuando los servicios dentales que están sujetos a una limitación de frecuencia se realizaron antes de la fecha de vigencia de su cobertura, la fecha del servicio anterior puede contarse para el tiempo, las limitaciones de frecuencia y/o las limitaciones de reemplazo en virtud de este seguro dental. (Por ejemplo, incluso si no se colocó una corona, puente parcial, etc. mientras estaba cubierto por el plan BCBS FEP Dental, o si el plan BCBS FEP Dental lo pagó, pueden aplicarse las limitaciones de frecuencia).

Servicios no cubiertos

Consulte la Sección 7 para obtener una lista de exclusiones generales.

Clase D Ortodoncia

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, atención o tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- No hay deducible por año calendario.
- No hay período de espera en virtud del plan BCBS FEP Dental.
- Pagamos el 50 % de la asignación autorizada por el plan hasta el máximo de por vida. El máximo de por vida para los servicios de ortodoncia depende de la opción en la que se inscriba y si elige recibir servicios de un proveedor de la red. Si está cubierto por la Opción de cobertura alta, el máximo de por vida es de hasta \$3,500. Sin embargo, el monto máximo permitido (consulte la página 11) depende del estado de participación del proveedor. Si está inscrito en la Opción de cobertura estándar, el máximo de por vida para los servicios prestados por un proveedor de la red es de hasta \$2,500 y para los servicios prestados por un proveedor fuera de la red, el máximo de por vida es de hasta \$1,250. Su desembolso directo será más alto cuando use un proveedor fuera de la red.
- En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$2,500 en virtud de la Opción de cobertura estándar.
- El beneficio para la colocación inicial no superará el 25 % del monto del beneficio máximo de por vida para el aparato. Todos los pagos posteriores se realizarán en cuotas iguales prorrateadas durante el saldo de un período máximo de 29 meses. Si su cobertura finaliza, finalizarán todos los pagos de beneficios de ortodoncia.
- Los servicios cubiertos se limitan al cargo máximo permitido según lo determinado por nosotros y están sujetos a beneficios alternativos, coseguro, límites máximos de beneficios y otras limitaciones descritas en este documento del plan.
- Cubrimos el tratamiento de ortodoncia tradicional (aparatos de ortodoncia) así como Invisalign®. Para determinar cuál es el más rentable, recomendamos una estimación previa al tratamiento.
- El tratamiento de ortodoncia se basa en la cantidad permitida y no garantiza que el máximo de por vida completo se pague en un solo tratamiento. Si el tratamiento ortopédico ya está en curso al momento de la elegibilidad, el beneficio de ortodoncia se prorrateará en función de la cantidad de meses restantes en el plan de tratamiento hasta el máximo de por vida.
- Puede permitirse la cobertura de un examen de ortodoncia previo al tratamiento y radiografías si se realiza más de 3 meses después de la colocación inicial del aparato.
- La aplicación de la disposición de acceso limitado no dará lugar a un pago adicional en virtud del plan de ortodoncia de opción alta.
- Cualquier servicio o tratamiento dental no mencionado como servicio cubierto no es elegible para los beneficios.
- Este requisito incluye la asunción de pagos por servicios de ortodoncia cubiertos hasta los límites de la póliza de FEDVIP, y el pago total, cuando corresponda, hasta los términos de la póliza del FEDVIP para servicios cubiertos completados (pero no iniciados) en el año del plan 2022, como coronas e implantes.

Usted paga:

Opción de cobertura alta

- **Dentro de la red:** 50 % de la asignación autorizada por el plan hasta el máximo de por vida. Usted es responsable de todos los cargos que excedan el máximo de por vida.
- **Fuera de la red:** 50 % de la asignación autorizada por el plan hasta el máximo de por vida y cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Opción de cobertura estándar

- **Dentro de la red:** 50 % de la asignación autorizada por el plan hasta el máximo de por vida. Usted es responsable de todos los cargos que excedan el máximo de por vida.
- **Fuera de la red:** 50 % de la asignación autorizada por el plan hasta el máximo de por vida y cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Servicios de ortodoncia

D0340 Lámina cefalométrica, puede permitirse si se completó más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia.

D0350 Imágenes bucales/faciales (incluidas imágenes intra- y extrabucales), pueden permitirse si se completaron más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia.

D0351 Imagen fotográfica en 3D, puede permitirse si se completó más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia.

D0470 Modelos de diagnóstico, puede permitirse si se completó más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia.

D7283 Colocación de dispositivo para facilitar el brote de la pieza dental impactada, cubre 1 de por vida.

D8010 Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria.

D8020 Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de transición.

D8030 Tratamiento de ortodoncia limitado en la dentición adolescente.

D8040 Tratamiento de ortodoncia limitado en la dentición adulta.

D8070 Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición de transición.

D8080 Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición adolescente.

D8090 Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición adulta.

D8210 Terapia con aparatos removibles.

D8220 Terapia con aparatos fijos.

D8660 Consulta previa al tratamiento de ortodoncia.

D8670 Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato), pagos mensuales realizados automáticamente si el plan de tratamiento de ortodoncia está vigente.

D8681 Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble.

D8690 Tratamiento de ortodoncia (facturación alternativa a un cargo del contrato), pagado como parte del plan de tratamiento de ortodoncia.

Servicios no cubiertos

Consulte la Sección 7 para obtener una lista de exclusiones generales:

- Reparación de aparatos de ortodoncia dañados.
- Reemplazo de aparatos perdidos o faltantes.
- Servicios para alterar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión. Dichos procedimientos incluyen, entre otros, equilibrio, férulas periodontales, rehabilitación de toda la boca y restauración por desalineación de las piezas dentales.
- Tratamientos de ortodoncia de venta libre o pedidos por correo.

Servicios generales

Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan únicamente cuando determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, atención o tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un proveedor de la red.
- Si elige usar un proveedor fuera de la red, la Opción de cobertura estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la Opción de cobertura alta tiene un deducible de \$50 por persona. Ninguna de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.
- No hay un beneficio máximo anual de Opción de cobertura alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.
- El beneficio máximo anual de la Opción de cobertura estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción de cobertura estándar en cualquier año del plan.
- Todos los servicios que requieran más de una visita se pagarán una vez que se completen todas las visitas.
- La siguiente lista es una lista completa de los servicios cubiertos. BCBS FEP Dental proporcionará beneficios para estos servicios, sujetos a las exclusiones y limitaciones que se muestran en esta sección y en la Sección 7.

Usted paga:

Opción de cobertura alta

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 30 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Deducible de \$50; usted paga el 40 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Opción de cobertura estándar

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 45 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Deducible de \$75; usted paga el 60 % de la asignación autorizada por el plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación autorizada y la cantidad facturada.

Servicios de anestesia

D9219 Evaluación de sedación moderada, sedación profunda o anestesia general.

D9222 Anestesia general/sedación profunda, primeros 15 minutos. Hasta 8 unidades de anestesia (D9222 y D9223).

D9223 Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior a 15 minutos. Hasta 8 unidades de anestesia (D9222 y D9223).

Sedación intravenosa

D9243 Sedación/analgesia intravenosa moderada (consciente): cada incremento posterior a 15 minutos. Hasta 8 unidades de anestesia (D9239).

D9239 Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos. Hasta 8 unidades de anestesia (D9239 y D9243).

Medicamentos

D9610 Inyección terapéutica del fármaco, por informe.

D9612 Medicamentos parenterales terapéuticos, 2 o más administraciones, medicamentos diferentes.

D9613 Infiltración de fármaco terapéutico de liberación sostenida por cuadrante.

Servicios posquirúrgicos

D9930 Tratamiento de complicaciones (postquirúrgico), circunstancias inusuales, por informe.

Servicios varios

D9941 Fabricación de protector bucal atlético, límite de 1 cada 12 meses.

D9943 Ajuste del protector oclusal, límite de 1 cada 6 meses para pacientes a partir de los 13 años.

D9944 Protector oclusal, aparato duro, arco completo, límite de 1 cada 12 meses para pacientes a partir de los 13 años.

D9945 Protector oclusal, aparato blando, arco completo, límite de 1 cada 12 meses para pacientes a partir de los 13 años.

D9946 Protector oclusal, aparato duro, arco parcial, límite de 1 cada 12 meses para pacientes a partir de los 13 años.

D9974 Blanqueamiento interno, por pieza dental.

D9999 Procedimiento complementario no especificado, por informe.

Notas de servicios generales:

- La sedación profunda/anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas cuando se proporcionan junto con procedimientos quirúrgicos cubiertos. Los servicios deben ser prestados por un dentista con licencia y aprobado para proporcionar anestesia en el estado donde se prestan.
- La sedación profunda/anestesia general y la sedación intravenosa están cubiertas cuando se determina que son médica u odontológicamente necesarias para pacientes discapacitados, con deficiencias documentadas o afecciones justificables.
- Para que se cubra la sedación profunda/anestesia general y la sedación consciente intravenosa, la presentación debe incluir el procedimiento para el cual fue necesario.

Servicios no cubiertos

Consulte la Sección 7 para obtener una lista de exclusiones generales.

Sección 6 Servicios y suministros internacionales

Pago de reclamos internacionales

Pagaremos beneficios, sujetos a las disposiciones del plan, por un monto equivalente al porcentaje cubierto por los cargos en los que usted incurra. Usted es responsable de pagarle al dentista y de presentar sus reclamos a BCBS FEP Dental. Le reembolsaremos en dólares estadounidenses según la tasa de conversión de moneda OANDA.

Cómo encontrar un proveedor internacional

Puede visitar a cualquier dentista; sin embargo, solo recibirá beneficios dentro de la red si recibe atención de un dentista que participa en nuestro programa dental internacional. Nuestro programa dental internacional incluye dentistas de habla inglesa en aproximadamente 100 países de todo el mundo. El servicio de atención al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para asistirlo en la programación de una cita.

Para obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede llamar las 24 horas del día (código de llamada saliente para el país desde el que llama) más 353-94-9372257. Si llama desde Irlanda, presione 0-94-9372257.

Servicio al cliente (en los EE. UU.) 1-855-504-2583

Servicio al cliente (internacional), llame por cobrar al 651-994-2583

Presentación de reclamos internacionales

Usted es responsable de pagar al dentista y presentar los reclamos a BCBS FEP Dental para su reembolso. Envíe el reclamo del formulario completo y los recibos a:

Reclamos de BCBS FEP Dental
P.O. Box 75
Minneapolis, MN 55440-0075

Tarifas internacionales

Hay una región internacional. Consulte la tabla de tarifas para conocer el monto real de la prima.

Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos

Las exclusiones que figuran en esta sección se aplican a todos los beneficios. **Aunque incluyamos un servicio específico como beneficio, no lo cubriremos a menos que determinemos que es necesario para prevenir, diagnosticar o tratar una afección cubierta.**

No cubrimos lo siguiente:

- servicios y tratamientos no recetados por un dentista o bajo la supervisión directa de este, excepto en aquellos estados en los que los higienistas dentales tienen permitido practicar sin la supervisión de un dentista; en estos estados, pagaremos los servicios cubiertos elegibles proporcionados por un higienista dental autorizado que se desempeñe dentro del alcance de su licencia y la ley estatal aplicable;
- servicios y tratamientos experimentales o en investigación;
- servicios y tratamiento que sean para cualquier enfermedad o lesión corporal que ocurra en el transcurso del empleo si hay un beneficio o compensación disponible, en su totalidad o en parte, en virtud de la disposición de cualquier ley o reglamentación o cualquier unidad gubernamental; esta exclusión se aplica independientemente de si usted reclama los beneficios o la compensación;
- servicios y tratamientos otorgados por un departamento médico o dental mantenido por o en representación de un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomiso, hospital VA (de veteranos) o persona o grupo similar;
- servicios y tratamiento realizados antes de la fecha de vigencia de su cobertura;
- servicios y tratamiento incurridos después de la fecha de finalización de su cobertura, a menos que se indique lo contrario;
- servicios y tratamientos que no son odontológicamente necesarios o que no cumplen con los estándares generalmente aceptados de la práctica dental;
- servicios y tratamiento que resulten de su incumplimiento del tratamiento recetado por un profesional;
- ningún cargo por incumplimiento de la asistencia a una cita programada;
- cualquier servicio que se considere de naturaleza estrictamente cosmética, incluidos, entre otros, los cargos por personalización o caracterización de aparatos protésicos;
- servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint dysfunction, DTM);
- servicios o tratamiento proporcionados como resultado de una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente;
- servicios o tratamiento brindados como resultado de lesiones sufridas al cometer o intentar cometer un delito grave, participar en una ocupación ilegal o participar en un disturbio, una rebelión o una insurrección;
- cargos por control de infecciones en el consultorio;
- cargos por copias de sus registros, historias clínicas o radiografías, o cualquier costo asociado con el reenvío/envío de copias de sus registros, historias clínicas o radiografías;
- compuestos estatales o territoriales sobre los servicios dentales prestados;
- aquellos servicios prestados por un dentista, que es para los mismos servicios prestados en la misma fecha para el mismo miembro por otro dentista;
- aquellos servicios proporcionados sin cargo por cualquier unidad gubernamental, excepto cuando esta exclusión esté prohibida por ley;
- aquellos servicios que un miembro no tiene obligación legal de pagar en ausencia de esta cobertura o de cualquier cobertura similar;
- aquellos servicios que son para procedimientos y técnicas especializadas;
- aquellos servicios prestados por un dentista que es compensado por un centro por servicios cubiertos similares prestados a los miembros;
- dispositivos, aparatos y servicios duplicados, provisionales y temporales;

- programas de control de placas, instrucciones de higiene bucal e instrucciones sobre la dieta;
- servicios para alterar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión; dichos procedimientos incluyen, entre otros, equilibrio, férulas periodontales, rehabilitación de toda la boca y restauración por desalineación de las piezas dentales;
- orificaciones;
- cargos por esterilización;
- tratamiento o servicios por lesiones resultantes del mantenimiento o uso de un vehículo motorizado si dicho tratamiento o servicio se paga o es pagable en virtud de un plan o póliza de seguro de vehículo motorizado, incluido un plan de autoseguro certificado;
- tratamiento de servicios por lesiones resultantes de guerra o acto de guerra, ya sea declarada o no declarada, o de la policía o el servicio militar para cualquier país u organización;
- costos hospitalarios o cualquier cargo adicional que el dentista o el hospital cobre por el tratamiento en el hospital (paciente hospitalizado o ambulatorio);
- cargos del proveedor por completar formularios dentales;
- ajuste de una dentadura postiza o puente que se realiza dentro de los 6 meses posteriores a la colocación por parte del mismo dentista que la colocó;
- uso de materiales o ayudas para la salud en el hogar para prevenir las caries, como pasta dental, geles de flúor, hilo y blanqueadores dentales;
- imágenes de haz cónico y procedimientos de TC de haz cónico;
- los selladores para piezas dentales que no sean molares permanentes no están cubiertos; la colocación inicial de selladores está cubierta en los primeros molares no restaurados entre los 6 y los 9 años y en los segundos molares permanentes entre los 12 y los 15 años; la reparación/reemplazo está cubierta hasta los 22 años una vez cada 24 meses;
- accesorios de precisión, personalización, bases de metales preciosos y otras técnicas especializadas;
- reemplazo de dentaduras postizas extraviadas, robadas o extraviadas;
- reparación de aparatos de ortodoncia dañados;
- reemplazo de aparatos perdidos o faltantes;
- blanqueamiento interno y externo;
- óxido nitroso;
- sedación oral;
- centro de medicamentos tópicos;
- injertos óseos cuando se realizan en relación con extracciones, apicectomías o implantes no cubiertos/no elegibles;
- restauración terapéutica provisional, primaria;
- enchapados;
- prueba de nivel de glucosa en sangre, en el consultorio con un medidor de glucosa;
- disfunción de la articulación temporomandibular, terapias físicas no invasivas;
- duplicar/copiar los registros del paciente;
- cuando se envían dos o más servicios y estos se consideran parte del mismo servicio entre sí, el plan pagará el servicio más integral (el servicio que incluye el otro servicio) según lo determine BCBS FEP Dental;
- cuando se presenten dos o más servicios el mismo día y los servicios se consideren mutuamente excluyentes (cuando un servicio contradiga la necesidad del otro servicio), el plan pagará por el servicio que represente el tratamiento final según lo determine este plan;
- la terapia de endodoncia incompleta, pieza dental inoperable, no restaurable o fracturado no es un servicio cubierto.

Sección 8 Proceso de presentación de reclamos y reclamos en disputa

Cómo presentar un reclamo por servicios cubiertos	<p>Para evitar demoras en el pago de sus reclamos dentales, pídale a su proveedor dental que envíe sus reclamos directamente a su plan de FEHB (en caso de que esté inscrito), y luego a BCBS FEP Dental. Las estimaciones previas al tratamiento y las radiografías preoperatorias pueden enviarse directamente a BCBS FEP Dental (excepción: si se produce una lesión accidental, las estimaciones previas al tratamiento deben enviarse a su plan de FEHB).</p> <p>Si necesita enviar un reclamo impreso, puede descargar un formulario de reclamo del sitio web de BCBS FEP Dental, www.bcbsfedental.com.</p> <p>Envíe por correo el formulario de reclamo completo a:</p> <p>Reclamos de BCBS FEP Dental P.O. Box 75 Minneapolis, MN 55440-0075</p>
Plazo para presentar su reclamo	<p>Debe presentar su reclamo dentro de los 24 meses a partir de la fecha en que se prestó el servicio.</p>
Proceso para reclamos en disputa	<p>Paso</p> <p>Descripción</p> <p>1</p> <p>Pídanos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Debe incluir cualquier información pertinente omitida en la presentación inicial de la reclamo y enviamos su prueba adicional dentro de los 60 días a partir de la fecha de recepción de nuestra decisión.</p> <p>2</p> <p>Puede enviar su solicitud de reconsideración por correo a:</p> <p>Apelaciones de reclamos de BCBS FEP Dental P.O. Box 551 Minneapolis, MN 55440-0551</p> <p>O visite www.bcbsfedental.com y seleccione “contáctenos”.</p> <p>Revisaremos su solicitud y le proporcionaremos una explicación escrita o electrónica de la determinación de beneficios dentro de los 30 días de la recepción de su solicitud.</p> <p>3</p> <p>Si no está de acuerdo con la decisión respecto de su solicitud de reconsideración, puede solicitar una segunda revisión de la denegación. Debe enviarnos su solicitud por escrito a la dirección que se indica arriba junto con cualquier información adicional que usted o su dentista puedan proporcionar para corroborar su reclamo y que podamos reconsiderar nuestra decisión. El no hacerlo descalificará la apelación de su reclamo.</p> <p>4</p> <p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión final, en determinadas circunstancias puede solicitar a un tercero independiente, mutuamente acordado por BCBS FEP Dental y OPM, que revise la decisión. Para reunir los requisitos para esta revisión independiente por parte de un tercero, el motivo de la denegación debe basarse en nuestra determinación de que el fundamento del procedimiento no cumplió con nuestros criterios de necesidad dental o con nuestra administración de la disposición de beneficios alternativos del plan, por ejemplo, que a un puente se le haya dado un beneficio alternativo a una dentadura postiza</p>

parcial.

La decisión del tercero independiente es vinculante y es la revisión final de su reclamo.

Siga este proceso de reclamos en disputa si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamo o solicitud de servicios. **La legislación de FEDVIP no proporciona una función para que la OPM revise los reclamos en disputa.**

Los miembros pueden apelar cualquier decisión sobre reclamos enviando una notificación por escrito por correo postal o correo electrónico.

Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto

Beneficio alternativo	Si determinamos que un servicio es menos costoso que el que realizó su dentista, su dentista podría haberlo realizado, pagaremos los beneficios en función de los servicios menos costosos. Consulte la Sección 3, Cómo obtener atención.
Beneficio anual máximo	El beneficio anual máximo que puede recibir por persona.
Pensionados	Jubilados federales (que se jubilaron con una anualidad inmediata) y sobrevivientes (de aquellos que se jubilaron con una anualidad inmediata o fallecieron en servicio) que reciben una anualidad. Esto también incluye a aquellos que reciben compensación de la Oficina de Programas de Indemnización de Trabajadores del Departamento de Trabajo, a quienes se los denomina indemnizados. Los pensionados a veces se denominan jubilados.
BENEFEDS	El sistema de inscripción y administración de primas de FEDVIP.
Beneficios	Servicios cubiertos o pago de servicios cubiertos a los que los miembros y los familiares cubiertos tienen derecho en la medida que se establece en este folleto.
Año calendario	Desde el 1.º de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022. También denominado año del plan.
Servicios de clase A	Servicios básicos, que incluyen exámenes bucales, profilaxis, evaluaciones de diagnóstico, selladores y radiografías.
Servicios de clase B	Servicios intermedios que incluyen procedimientos de restauración, como empastes, coronas prefabricadas de acero inoxidable, eliminación del sarro periodontal, extracción de dientes y ajustes de dentaduras postizas
Servicios de clase C	Servicios mayores, que incluyen servicios de endodoncia, como tratamientos de conducto, servicios periodontales, como gingivectomía, servicios de restauración mayores, como coronas, cirugía bucal y puentes, y servicios prostodónticos, como dentaduras postizas completas
Servicios de clase D	Servicios de ortodoncia.
Coseguro	El coseguro es el porcentaje indicado de los gastos cubiertos que usted debe pagar.
Copago	Un copago es un monto fijo de dinero que usted paga al proveedor cuando recibe el servicio.
Procedimientos cosméticos	Un procedimiento cosmético es cualquier procedimiento o parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar el aspecto físico o se realiza con fines psicológicos.
Servicios cubiertos	Los servicios cubiertos incluirán solo aquellos servicios enumerados específicamente en la Sección 5 Servicios y suministros dentales. Se debe incurrir y completar un servicio cubierto mientras la persona que recibe el servicio es una persona cubierta. Los servicios cubiertos están sujetos a las disposiciones del plan para las exclusiones y limitaciones, y cumplen con los estándares aceptables de práctica dental según lo determinemos nosotros.
Fecha de servicio	La fecha calendario en la que visita el consultorio del dentista y se prestan los servicios.
Miembro	El empleado federal, pensionado o persona elegible para TRICARE inscrita en este plan.
FEDVIP	Federal Employees Dental and Vision Insurance Program.
Protocolos dentales generalmente aceptados	Necesidad dental significa que un servicio o tratamiento dental se realiza de acuerdo con los estándares dentales generalmente aceptados, según se determine a partir de múltiples fuentes, incluidas, entre otras, investigaciones dentales clínicas relevantes de diversas organizaciones de investigación, incluidas las escuelas de odontología, planes de estudios de la escuela de odontología actual reconocidos y grupos odontológicos organizados, incluida la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association), que es necesario para tratar las caries, enfermedad o lesión de los dientes, o esenciales para el cuidado de los dientes y los tejidos de soporte de los dientes.
Tratamiento en curso	Servicios dentales que se iniciaron en 2021 y que se completarán en 2022.
Incurrido	Un servicio cubierto se considera incurrido en la fecha en que se recibe la atención, el tratamiento o el servicio.

Monto permitido	máximo	El monto que usamos para determinar nuestro pago por los servicios. Si los servicios son proporcionados por un dentista dentro de la red, el monto máximo permitido se basa en el cargo con descuento que acepta como pago total por el procedimiento o los procedimientos. Si los servicios son proporcionados por un dentista fuera de la red, el monto máximo permitido se basa en la determinación de cargos de BCBS FEP Dental para el procedimiento o los procedimientos.
Cantidad autorizada de la red		Asignación de la red significa la asignación por procedimiento que BCBS FEP Dental ha negociado con el proveedor y que este ha acordado aceptar como pago total por sus servicios.
Plan		BCBS FEP Dental
Patrocinador		Por lo general, un patrocinador se refiere a la persona que es elegible para recibir beneficios médicos o dentales en virtud del capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) en función de su afiliación directa con los servicios uniformados (incluidos los miembros militares de la Guardia Nacional y las Reservas).
Familiar certificador de una persona elegible para TRICARE (TRICARE-eligible individual, TEI)		En circunstancias en las que un patrocinador no sea un miembro, un familiar de una TEI puede aceptar la responsabilidad de autocertificarse como afiliado e inscribir a familiares TEI
Familiar de una persona elegible para TRICARE (TEI)		Los familiares de una TEI incluyen el cónyuge de un patrocinador, la viuda no casada, el viudo no casado, el hijo no casado y ciertas personas no casadas puestas en custodia legal de un patrocinador por un tribunal. Los hijos incluyen hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos preadoptivos. Los hijos y las personas dependientes solteras deben ser menores de 21 años si no son estudiantes, menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo o incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad mental o física.
Período de espera		La cantidad de tiempo que debe estar inscrito en este plan antes de que pueda recibir servicios de ortodoncia. Tenga en cuenta que no hay períodos de espera asociados con BCBS FEP Dental.
Nosotros		BCBS FEP Dental
Usted		Miembro o familiar elegible.

Descuentos y características

Descuentos de Blue365®

¡Excelentes noticias! Como miembro de BCBS FEP DentalSM, tiene acceso a descuentos exclusivos en salud y bienestar a través del programa Blue365®. Blue Cross Blue Shield presenta este programa sin costo alguno para ayudarlo a lograr su mejor salud.

Puede acceder a Blue365 en www.blue365deals.com/fep, que proporciona acceso a algunos de los mejores descuentos de la industria, que incluyen:

- Membresía de gimnasio de bajo costo: descuento en la membresía de gimnasio mensual a través de proveedores como Fitness Your Way y Gympass.
- Dispositivos portátiles: descuentos en dispositivos portátiles de proveedores como Fitbit, Garmin y más.
- Calzado e indumentaria deportivos: descuentos en Reebok y Skechers.
- Productos dentales: descuentos en artículos como cepillos de dientes eléctricos y productos para el blanqueamiento dental.
- Programa de medicamentos con descuento: ahorre en medicamentos no cubiertos por los programas regulares de medicamentos recetados.
- Audífonos: descuentos en audífonos, además de baterías gratuitas de varias compañías de audífonos, incluidas, entre otras, Beltone y TruHearing.
- Alimentación saludable y dieta: descuentos en Jenny Craig, Nutrisystem y servicio de entrega de alimentos de Sun Basket.
- Y otros descuentos en viajes familiares, cuidado personal, salud financiera, seguro para mascotas ¡y mucho más!

1. Visite www.blue365deals.com/fep y haga clic en “Register” (Registrar).
2. Ingrese su información personal (nombre, apellido, correo electrónico, etc.).
3. Para el prefijo de identificación de miembro, use 299.
4. Lea y acepte los términos y haga clic en “Register” para comenzar a ahorrar.
5. Visite www.blue365deals.com/fep para registrarse y comenzar a ahorrar hoy mismo.

Características

Buscador de planes BCBS FEP Dental AskBlue

¿Necesita ayuda para elegir entre la Opción de cobertura alta y la Opción de cobertura estándar? AskBlue lo hace fácil. En solo 10 minutos, puede responder algunas preguntas simples y obtener recomendaciones de un plan según sus necesidades. Pruebe AskBlue visitando askblue.bcbsfedental.com

Portal para miembros

Visite nuestro portal para miembros en www.bcbsfedental.com para verificar el estado de sus reclamos, solicitar formularios de reclamo, solicitar una tarjeta de identificación duplicada o de reemplazo y hacer un seguimiento de cómo utiliza sus beneficios. Las características adicionales incluyen lo siguiente:

- Descargar un folleto dental.
- Comparar planes de beneficios.
- Leer artículos sobre salud bucal y bienestar.
- Aprender cómo inscribirse.

Y mucho más.

Aplicación móvil de BCBS FEP Dental

La aplicación móvil de Blue Cross y Blue Shield FEP Dental se encuentra disponible para descargar en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación les brinda a los miembros acceso a funciones, herramientas e información útiles en relación con los beneficios de Blue Cross y Blue Shield FEP Dental durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los miembros pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña para acceder a información dental personal, como beneficios, desembolso directo e información de bienestar. También pueden consultar los reclamos y el estado de aprobación, ver o compartir las Explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB), ver o compartir las tarjetas de identificación para miembros, y encontrar proveedores de la red.

Redes sociales

Síguenos en @bcbsfedental en Facebook y Twitter para obtener la información más reciente sobre BCBS FEP Dental.

Resumen de Beneficios

- **No tenga en cuenta este cuadro solamente.** Esta página resume su parte de los gastos que cubrimos; revise las secciones individuales de este folleto para obtener más detalles.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este plan, visite www.BENEFEDS.com o llame al 1-877-888-FEDS (1-877-888-3337), número TTY 1-877-889-5680.
- Los servicios fuera de la red de las Clases A, B y C están sujetos a un deducible de \$50 por persona en la Opción de cobertura alta y un deducible de \$75 para la Opción de cobertura estándar por persona por año calendario.
- Para los miembros de la Opción de cobertura estándar únicamente: los niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos de Clase A, Clase B y Clase C dentro de la red, según lo definido por el plan, sujetos a los valores máximos del plan.

Beneficios de opciones altas	Usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de clase A (básicos): preventivos y de diagnóstico</p> <p>Los servicios de clase A, B y C están sujetos a un monto máximo de beneficio anual ilimitado para servicios dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.</p>	0%	10 %
<p>Servicios de clase B (intermedios): incluye servicios de restauración menores</p> <p>Los servicios de clase A, B y C están sujetos a un monto máximo de beneficio anual ilimitado para servicios dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.</p>	30 %	40 %
<p>Servicios de clase C (mayores): incluye servicios de restauración, endodoncia y prostodoncia importantes</p> <p>Los servicios de clase A, B y C están sujetos a un monto máximo de beneficio anual ilimitado para servicios dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.</p>	50 %	60 %
<p>Servicios de Clase D: ortodoncia</p> <p>Máximo de por vida de hasta \$3,500</p>	50 %	50 %

Beneficios de la Opción de cobertura estándar	Usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<p>Servicios de clase A (básicos): preventivos y de diagnóstico</p> <p>Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1,500 para los beneficios dentro de la red y \$750 para los beneficios fuera de la red.</p>	0%	40 %
<p>Servicios de clase B (intermedios): incluye servicios de restauración menores</p> <p>Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1,500 para los beneficios dentro de la red y \$750 para los beneficios fuera de la red.</p>	45 %	60 %

(continúa en la página siguiente)

Beneficios de la Opción de cobertura estándar (continuación)	Usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de clase C (mayores): incluye servicios de restauración, endodoncia y prostodoncia importantes Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1,500 para los beneficios dentro de la red y \$750 para los beneficios fuera de la red.	65 %	80 %
Servicios de Clase D: ortodoncia Máximo de por vida de \$2,500 para servicios dentro de la red, o máximo de por vida de \$1,250 para servicios fuera de la red	50 %	50 %

Notas

¡Detenga el fraude de atención médica!

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos y aumenta su prima del Federal Employees Dental and Vision Insurance Program.

Protéjase del fraude: a continuación, le brindamos información sobre lo que puede hacer para evitar el fraude:

- No proporcione el número de identificación (ID) de su plan por teléfono ni a personas que no conozca, excepto a sus proveedores, a BCBS FEP Dental, a BENEFEDS o a OPM.
- Solo permita que proveedores adecuados revisen su historia clínica o recomienden servicios.
- Evite usar proveedores que afirmen que, si bien un artículo o servicio no suele estar cubierto, saben cómo facturarnos lo para que este se pague.
- Lea detenidamente sus declaraciones de explicación de beneficios (EOB).
- No le pida a su proveedor que ingrese datos falsos en los certificados, las facturas o los registros a fin de que nosotros paguemos un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha cobrado por servicios que no recibió, le ha facturado dos veces el mismo servicio o ha tergiversado alguna información, haga lo siguiente:
- Llame al proveedor y pídale una explicación. Posiblemente se trate de un error.
- Si el proveedor no resuelve el asunto, llámenos al 1-855-504-2583 y explique la situación, deberá presentarnos su queja por escrito.
- No mantenga como familiar en su póliza a las siguientes personas:
 - A su exónyuge después de una sentencia de divorcio o de una anulación de carácter definitivo (incluso si una orden judicial estipula lo contrario).
 - Personas elegibles civiles federales: A su hijo mayor de 22 años (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento).
 - Los elegibles de TRICARE no mantengan como familiar en su póliza a las siguientes personas:
 - A su hijo mayor de 21 años si no es estudiante (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento).
 - A su hijo mayor de 23 años si es estudiante (a menos que sea discapacitado e incapaz de ganar su propio sustento).

Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad de un dependiente, comuníquese con BENEFEDS.

Asegúrese de revisar la Sección 1, Elegibilidad, de este folleto antes de enviar su inscripción u obtener beneficios.

Se prohíben el fraude o las declaraciones falsas intencionales de hechos importantes en virtud del plan. Puede ser enjuiciado por fraude o su agencia puede iniciar acciones legales en su contra si falsifica un reclamo para obtener beneficios de FEDVIP o si trata de obtener servicios para alguien que no es un familiar elegible o que ya no está inscrito en el plan o se inscribe en el plan cuando ya no es elegible.

Información sobre tarifas

Cómo encontrar su tarifa: En la primera tabla a continuación, busque su estado o código postal para determinar su área de calificación. En el segundo cuadro de la página siguiente, haga coincidir su área de calificación con el tipo de inscripción y la opción de plan.

Áreas de calificación de primas por estado/código postal (primeros tres dígitos)								
Estado	Código postal	Región de calificación	Estado	Código postal	Región de calificación	Estado	Código postal	Región de calificación
AK	Estado completo	5	AP	Estado completo	1	NY	Resto del estado	2
AL	Estado completo	1	MA	010-011, 013-027, 055	5	OH	Estado completo	1
AR	Estado completo	2	MA	Resto del estado	3	Acepta	Estado completo	1
AZ	855,859-860,863-865	2	MD	205-212, 214, 216-217	3	O	970-973	4
AZ	850-853	3	MD	Resto del estado	2	O	Resto del estado	2
AZ	Resto del estado	1	ME	039-042	5	AP	180-181, 183	4
CA	900-908, 910-928, 930-931, 933-935	4	ME	Resto del estado	2	AP	189-196	2
CA	939-952,954,956-959	5	Inicial del segundo nombre	480-485	2	AP	172-174	3
CA	Resto del estado	2	Inicial del segundo nombre	Resto del estado	1	AP	Resto del estado	1
CO	Estado completo	4	MN	550-551, 553-555, 563	4	PR	Toda el área	1
hora de centro.	060-063	5	MN	Resto del estado	3	RI	Estado completo	5
hora de centro.	Resto del estado	4	MES	726	2	SC	Estado completo	2
DC	Toda el área	3	MES	Resto del estado	1	SD	Estado completo	1
DE	Estado completo	2	MS	Estado completo	1	TN	Estado completo	1
FL	330-334, 349	2	MT	Estado completo	1	TX	Estado completo	1
FL	Resto del estado	1	NC	270-274, 278, 280-282, 284-289	2	UT	Estado completo	2
GA	Estado completo	1	NC	275-277, 283	3	VA	201, 205, 220-227	3
GU	Toda el área	1	NC	Resto del estado	1	VA	Resto del estado	1
HI	Estado completo	3	ND	Estado completo	5	VI	Toda el área	1
IA	500-514,516,520-528	3	NE	Estado completo	2	VT	Estado completo	5
IA	Resto del estado	2	NH	030-033, 038	5	WA	980-985	5
Identificación	Estado completo	4	NH	Resto del estado	3	WA	Resto del estado	4
IL	600-609, 613	2	NJ	070-079, 085-089	4	WI	540	4
IL	612	3	NJ	Resto del estado	2	WI	Resto del estado	3
IL	Resto del estado	1	NM	Estado completo	1	WV	254	3
HOSP.	463-464	2	NV	897	5	WV	Resto del estado	1
HOSP.	Resto del estado	1	NV	Resto del estado	2	WY	834	4
KS	664-665, 667-679	2	NY	120-123, 128	3	WY	Resto del estado	2
KS	Resto del estado	1	NY	063	5	INTL	International	1
KY	Estado completo	1	NY	005, 100-119, 124-126	4			

Tarifas

Área de calificación	Cobertura alta: quincenal			Cobertura alta: mensual		
	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia
0	\$18.05	\$36.11	\$54.16	\$39.11	\$78.24	\$117.35
1	\$18.05	\$36.11	\$54.16	\$39.11	\$78.24	\$117.35
2	\$20.22	\$40.44	\$60.66	\$43.81	\$87.62	\$131.43
3	\$22.01	\$44.03	\$66.04	\$47.69	\$95.40	\$143.09
4	\$23.84	\$47.68	\$71.52	\$51.65	\$103.31	\$154.96
5	\$26.68	\$53.35	\$80.03	\$57.81	\$115.59	\$173.40

Área de calificación	Cobertura estándar: quincenal			Cobertura estándar: mensual		
	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia
0	\$9.22	\$18.44	\$27.67	\$19.98	\$39.95	\$59.95
1	\$9.22	\$18.44	\$27.67	\$19.98	\$39.95	\$59.95
2	\$10.10	\$20.21	\$30.31	\$21.88	\$43.79	\$65.67
3	\$11.48	\$22.95	\$34.40	\$24.87	\$49.73	\$74.53
4	\$12.39	\$24.76	\$37.12	\$26.85	\$53.65	\$80.43
5	\$13.68	\$27.37	\$41.05	\$29.64	\$59.30	\$88.94