

# Blue Cross Blue Shield FEP Dental<sup>®</sup>

[www.bcbsfedental.com](http://www.bcbsfedental.com)

1-855-504-BLUE (2583)



# 2024

## Un plan dental PPO a nivel nacional

**Quién puede inscribirse en este plan:** Todos los empleados, pensionados y ciertos beneficiarios de TRICARE federales, en Estados Unidos y en el extranjero, que sean elegibles para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y Oftalmológico para Empleados Federales.

### IMPORTANTE

- Tarifas: Contraportada
- Resumen de beneficios: Página 46

### Opciones de inscripción para este plan:

- Opción alta: cobertura solo para solicitante
- Opción alta: cobertura para solicitante más uno
- Opción alta: cobertura para solicitante y familia
- Opción estándar: cobertura solo para solicitante
- Opción estándar: cobertura para solicitante más uno
- Opción estándar: cobertura para solicitante y familia

**Este plan tiene cinco regiones de inscripción, incluida la internacional. Consulte el final de este folleto para determinar su región y las tarifas correspondientes.**



Empleados federales  
Programa de Seguro Dental y Oftalmológico

Autorizado para su distribución por:



Oficina de Administración  
de Personal de 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 de Ampliación de Beneficios de Seguro Dental y Oftalmológico para Empleados del Gobierno Federal de 2004 (Ley Pública 108-496). La ley ordenó a la Oficina de Administración de Personal (OPM) que estableciera programas complementarios de beneficios dentales y oftalmológicos que se pondrían a disposición de los empleados y pensionados federales y sus familiares elegibles. En respuesta a la legislación, la OPM estableció el Programa de Seguro Dental y Oftalmológico para Empleados Federales (FEDVIP). La OPM ha contratado aseguradoras dentales y oftalmológicas para ofrecer una variedad de opciones a los empleados y pensionados federales. La sección 715 de la Ley de Autorización de Defensa Nacional para el año fiscal 2017 (NDAA del año fiscal 2017), Ley Pública 114-38, amplió la elegibilidad del FEDVIP a ciertas personas elegibles para TRICARE.

Este folleto describe los beneficios de BCBS FEP Dental según el contrato OPM02-FEDVIP-02AP-03 de Blue Cross and 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-BLUE (2583)  
[www.bcbsfedental.com](http://www.bcbsfedental.com)

Este folleto constituye la declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración oral puede modificar o afectar de otro modo los beneficios, limitaciones y exclusiones de este folleto. Es su responsabilidad informarse sobre sus beneficios.

Si está inscrito en este plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito en la cobertura para solicitante más uno, usted y su familiar designado tienen derecho a estos beneficios. Si está inscrito en la cobertura para solicitante y familia, cada uno de sus familiares elegibles también tiene derecho a estos beneficios, si también figuran en la cobertura. **Ni usted ni sus familiares tienen derecho a los beneficios que estaban disponibles antes del 1 de enero de 2024, a menos que dichos beneficios figuren también en este folleto.**

La OPM negocia las tarifas anualmente con cada proveedor. Las tarifas se muestran al final de este folleto.

BCBS FEP Dental es responsable de la selección de dentistas dentro de la red en su área. Comuníquese con nosotros al 1-855-504-BLUE (2583) o TTY: 711 para obtener los nombres de los dentistas participantes o para solicitar un directorio de dentistas por código postal. Los dentistas de la red figuran en nuestro sitio web en [www.bcbsfedental.com/findadentist](http://www.bcbsfedental.com/findadentist) y en la aplicación móvil de BCBS FEP Dental. Nuestro directorio se actualiza semanalmente. Además, puede comunicarse con nosotros al 1-855-504-BLUE (2583) para obtener más ayuda. No se puede garantizar la participación continua de ningún dentista específico. Por lo tanto, debe elegir su plan en función de los beneficios que se ofrecen y no de la participación de un dentista específico. Cuando llame para programar una cita, recuerde verificar que el dentista esté actualmente en la red de BCBS FEP Dental. Si su dentista no participa actualmente en la red, puede nominarlo para que se una. Las nominaciones de dentistas se pueden enviar en línea o mediante la aplicación móvil. También puede imprimir un formulario de nominación desde nuestro sitio web en [www.bcbsfedental.com](http://www.bcbsfedental.com) o llámenos 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 abierta por cambios en la red de dentistas.**

La red puede ser más extensa 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 recibir ayuda. Tenga en cuenta que la red de BCBS FEP Dental puede ser diferente a la red de su plan médico.

**Este plan BCBS FEP Dental y todos los demás planes del FEDVIP no forman parte del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB).**

Queremos que sepa que proteger la confidencialidad de su información de salud de identificación individual 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.bcbsfedental.com](http://www.bcbsfedental.com) y vaya al enlace "Policies" (Políticas) 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 ley prohíbe la discriminación

BCBS FEP Dental cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables, que incluyen tanto el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 como la sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible. De conformidad con la sección 1557, BCBS FEP Dental no discrimina ni excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

---

## Tabla de contenido

---

Introducción .....	1
Tabla de contenido .....	2
Cambios para 2024.....	4
Aspectos destacados del programa FEDVIP .....	5
Una elección de planes y opciones .....	5
Inscríbese a través de BENEFEDS.....	5
Inscripción doble .....	5
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura .....	5
Deducción salarial antes de impuestos para empleados.....	5
Oportunidad de inscripción anual.....	5
Cobertura grupal continua después de la jubilación .....	5
Cumplimiento de normas de la Asociación Dental Americana (ADA).....	5
Sección 1 Elegibilidad.....	6
Empleados federales.....	6
Pensionados federales.....	6
Pensionados sobrevivientes .....	6
Indemnizados.....	6
Individuo elegible para TRICARE .....	6
Familiares .....	7
Personas no elegibles.....	7
Sección 2: inscripción .....	8
Inscríbese a través de BENEFEDS.....	8
Tipos de inscripción.....	8
Inscripción doble .....	8
Oportunidades para inscribirse o cambiar de inscripción .....	9
Cuándo termina la cobertura.....	10
Continuación de la cobertura .....	11
FSAFEDS/planes de salud con un deducible alto y el FEDVIP.....	11
Sección 3: cómo obtener atención.....	12
Tarjetas de identificación/confirmación de inscripción .....	12
Dónde atenderse con cobertura.....	12
Dentistas del plan .....	12
Dentro de la red .....	12
Fuera de la red .....	12
Servicios de emergencia .....	12
Estimación previa al tratamiento .....	12
Beneficio alternativo.....	13
Revisión dental .....	13
Pagador primario FEHB .....	13
Coordinación de beneficios (COB).....	14
Áreas de calificación .....	14
Área de acceso limitado.....	14
Sección 4: su costo por servicios cubiertos .....	15
Deducible.....	15
Coseguro.....	15
Beneficio máximo anual .....	16
Beneficio máximo de por vida.....	16
Servicios dentro de la red .....	16
Servicios fuera de la red .....	16
Asignación del plan .....	16
Año calendario.....	16
Servicios de emergencia .....	16

Tratamiento en curso .....	16
Sección 5: servicios y suministros dentales.....	17
Clase A, básicos .....	17
Clase B, intermedios .....	20
Clase C, mayores.....	25
Clase D, ortodoncia.....	34
Servicios generales.....	36
Sección 6: servicios y suministros internacionales.....	38
Sección 7: exclusiones generales, lo que no cubrimos .....	39
Sección 8: presentación de reclamos y procesos de reclamos en disputa.....	41
Sección 9: definiciones de los términos que usamos en este folleto .....	42
Descuentos .....	44
Herramientas y recursos .....	45
Resumen de beneficios.....	46
Basta de fraude en la atención médica .....	48
Información de tarifas .....	50
Tarifas .....	51

---

## Cambios para 2024

---

### **Cambios de beneficios:**

#### **Cambios para las opciones alta y estándar**

- Cubriremos dos exámenes orales de rutina y un examen adicional si surge un problema entre los controles. Anteriormente cubríamos solo dos exámenes orales.
- Cubriremos el óxido nítrico (gas de la risa) para niños de 5 años o menos y personas con una afección médica que lo requieran.

#### **Hemos agregado los siguientes códigos de procedimiento:**

- D2989 Excavación de un diente que da lugar a determinar que no se puede restaurar
- D6089 Acceso y reajuste de tornillos de implante sueltos, por tornillo

---

## Aspectos destacados del programa FEDVIP

---

<b>Una elección de planes y opciones</b>	Puede elegir entre varios planes dentales a nivel nacional y, en algunas áreas, a nivel regional, de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) o la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), además de las opciones de cobertura estándar y alta. Además, puede seleccionar entre varios planes oftalmológicos a nivel nacional. También puede inscribirse en un plan dental, en un plan oftalmológico o en ambos. Es posible que algunos beneficiarios de TRICARE no sean elegibles para inscribirse en ambos. Visite <a href="http://www.opm.gov/dental">www.opm.gov/dental</a> o <a href="http://www.opm.gov/vision">www.opm.gov/vision</a> para obtener más información.
<b>Inscríbese a través de BENEFEDS</b>	Puede inscribirse en línea en <a href="http://www.BENEFEDS.com">www.BENEFEDS.com</a> . Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
<b>Inscripción doble</b>	Si usted o uno de los miembros de su familia está inscrito o cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar inscrita ni cubierta como miembro de la familia por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o sus familiares cubiertos) no pueden tener cobertura de dos planes dentales de FEDVIP o dos planes de la vista de FEDVIP.
<b>Fecha de entrada en vigencia de la cobertura</b>	Si se inscribe en un plan dental u oftalmológico durante la temporada abierta de 2023, su cobertura comenzará el 1 de enero de 2024. Las deducciones de primas comenzarán con el primer período de pago completo a partir del 1 de enero de 2024. Puede utilizar sus beneficios tan pronto como se confirme su inscripción.
<b>Deducción salarial antes de impuestos para empleados</b>	Los empleados pagan primas automáticamente mediante deducciones de nómina utilizando dinero antes de impuestos. Los pensionados pagan las primas automáticamente mediante deducciones de la pensión utilizando dinero después de impuestos. Los afiliados a TRICARE pagan las primas automáticamente mediante deducción de nómina o retiro bancario automático (ABW) utilizando dinero después de impuestos.
<b>Oportunidad de inscripción anual</b>	Cada año hay una temporada abierta durante la cual podrá inscribirse o cambiar su inscripción en el plan dental u oftalmológico. Este año, la temporada abierta se extenderá desde el 13 de noviembre de 2023 hasta la medianoche, hora del este, del 11 de diciembre de 2023. No es necesario volver a inscribirse en cada temporada abierta, a menos que desee cambiar el plan o las opciones del plan; su cobertura continuará desde el año anterior. Además de la temporada abierta anual, existen 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.
<b>Cobertura grupal continua después de la jubilación</b>	Su inscripción o su elegibilidad para inscribirse pueden continuar después de la jubilación. No necesita estar inscrito en el programa FEDVIP por ningún período de tiempo para continuar inscribiéndose en la jubilación. Es posible que los miembros de su familia también puedan continuar inscritos después de su muerte. Consulte la Sección 1, Elegibilidad, para obtener más información.
<b>Cumplimiento de normas de la Asociación Dental Americana (ADA)</b>	El FEDVIP se rige por el sistema de codificación de terminología dental actual (CDT) de acuerdo con los estándares establecidos por la Asociación Dental Americana (ADA).  <i>Current Dental Terminology (CDT)</i> , Copyright © American Dental Association. Se reservan todos los derechos.

---

## Sección 1 Elegibilidad

---

<b>Empleados federales</b>	Si es empleado federal o del Servicio Postal de EE. UU., es elegible para inscribirse en el FEDVIP. Si es elegible para el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB) o el Mercado de Seguros Médicos (Intercambio) y su puesto no está excluido por ley o regulación, usted es elegible para inscribirse en el FEDVIP. No es obligatorio estar inscrito en el programa FEHB o en un plan del Mercado de Seguros Médicos (Intercambio).
<b>Empleados temporales o estacionales</b>	Ciertos empleados temporales, intermitentes y estacionales del Servicio Postal Federal y de EE. UU. ahora son elegibles para inscribirse en el FEDVIP. Para ser elegibles, se debe esperar que estos empleados trabajen 130 horas por mes calendario durante al menos 90 días. Además, ciertos bomberos contratados con un nombramiento temporal y personal de respuesta a emergencias intermitente son elegibles para inscribirse en el FEDVIP. La agencia empleadora debe determinar y notificar a estos empleados sobre su elegibilidad.
<b>Pensionados federales</b>	<p>Usted es elegible para inscribirse si:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• es jubilado con una pensión inmediata cubierta por el Sistema de Jubilación del Servicio Civil (CSRS), el Sistema de Jubilación de Empleados Federales (FERS) u otro sistema de jubilación para empleados del Gobierno Federal;</li><li>• se jubiló por incapacidad bajo el CSRS, el FERS u otro sistema de jubilación para empleados del Gobierno Federal.</li></ul> <p>Su inscripción en el FEDVIP continuará hasta su jubilación si se jubila con una pensión inmediata o por incapacidad cubierta por el CSRS, FERS u otro sistema de jubilación para empleados del Gobierno, independientemente del tiempo que haya tenido cobertura del FEDVIP como empleado. No es necesario tener cobertura durante 5 años de servicio antes de la jubilación para continuar con la cobertura durante la jubilación, como ocurre con el programa FEHB.</p> <p>Su cobertura del FEDVIP terminará si se jubila con una edad de jubilación mínima (MRA) + 10 años de jubilación y pospone el recibo de su pensión. Podrá inscribirse nuevamente en el FEDVIP cuando comience a recibir su pensión.</p>
<b>Pensionados sobrevivientes</b>	Si es el sobreviviente de un empleado federal o del Servicio Postal de EE. UU. y está recibiendo una pensión, puede inscribirse o continuar con la inscripción existente.
<b>Indemnizados</b>	Un indemnizado es alguien que recibe una compensación mensual de la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP) del Departamento de Trabajo debido a una lesión o enfermedad causada por el trabajo y que la Secretaría de Trabajo determine que no puede regresar a sus funciones. Usted es elegible para inscribirse en el FEDVIP o continuar con la inscripción en el FEDVIP hasta lograr el estado de compensación.
<b>Individuo elegible para TRICARE</b>	<p>Una persona que es elegible para recibir la cobertura dental del FEDVIP según su elegibilidad para estar previamente cubierta por el Programa Dental para Jubilados de TRICARE o una persona elegible para la cobertura oftalmológica del FEDVIP según su inscripción en un plan de salud de TRICARE específico.</p> <p>Los miembros de los servicios uniformados y de la Guardia/Reserva Nacional jubilados, incluidos los jubilados de la "zona gris" menores de 60 años y sus familias, son elegibles para la cobertura dental del FEDVIP. Estas personas, si están inscritas en un plan de salud de TRICARE, también son elegibles para la cobertura oftalmológica del FEDVIP. Asimismo, los familiares de miembros de los servicios uniformados en servicio activo que estén inscritos en un plan médico de TRICARE son elegibles para la cobertura oftalmológica del FEDVIP.</p>

## Familiares

Excepto en relación a las personas elegibles para TRICARE, los familiares incluyen a su cónyuge y a sus hijos dependientes solteros menores de 22 años. Esto incluye a los hijos legalmente adoptados y a los hijos naturales reconocidos que cumplan con ciertos requisitos de dependencia. Esto también incluye hijastros y niños de acogida que viven con usted en una relación regular entre padre/madre e hijo. En determinadas circunstancias, también se puede continuar la cobertura de hijos de 22 años o más con una discapacidad que no puedan mantenerse por sí mismos. Las reglas del FEDVIP y del FEHB para la elegibilidad de familiares **NO** son las mismas. Para obtener más información sobre la elegibilidad de familiares, visite el sitio [www.opm.gov/healthcare-insurance/dental-vision/](http://www.opm.gov/healthcare-insurance/dental-vision/) o comuníquese con su agencia de empleos o sistema de jubilación.

Con respecto a las personas elegibles para TRICARE, los familiares incluyen a su cónyuge, viuda que no se ha vuelto a casar, viudo que no se ha vuelto a casar, hijos solteros y ciertas personas solteras que un tribunal haya asignado bajo su custodia legal.

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

## Personas no elegibles

Las siguientes personas no son elegibles para inscribirse en el FEDVIP, independientemente de su elegibilidad para el FEHB o para recibir una pensión o parte de una pensión:

- Pensionados diferidos
- Excónyuges de empleados o pensionados

Nota: Los excónyuges de personas elegibles para TRICARE pueden inscribirse en un plan dental del FEDVIP.

- Inscritos en la Continuación de Cobertura Temporal (TCC) del FEHB
- Cualquier persona que reciba una pensión con intereses asegurables y que no sea también un familiar elegible
- Miembros del servicio uniformado en servicio activo

Nota: Si es miembro del servicio uniformado en servicio activo, TRICARE proporcionará su cobertura dental y oftalmológica. Sus familiares seguirán siendo elegibles para inscribirse en el Plan Dental de TRICARE (TDP).

- Empleados temporales/de temporada que no cumplan con las 130 horas por mes calendario durante 90 días

---

## Sección 2: inscripción

---

### Inscríbese a través de BENEFEDS

Debe utilizar **BENEFEDS** para inscribirse o cambiar de inscripción en un plan del FEDVIP. **BENEFEDS es un sitio web de inscripción seguro ([www.BENEFEDS.com](http://www.BENEFEDS.com)) patrocinado por la OPM.** Si no tiene acceso a una computadora, llame al 1-877-888-FEDS (3337), número TTY 1-877-889-5680 para inscribirse o cambiar su inscripción.

**Si actualmente está inscrito en el FEDVIP y no desea cambiar de plan, su inscripción continuará automáticamente. Tenga en cuenta:** las primas de sus planes pueden cambiar para 2024.

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

### Tipos de inscripción

**Cobertura solo para solicitante:** Una inscripción de cobertura solo para solicitante lo cubre solo a usted como empleado o pensionado inscrito. Puede elegir una inscripción de cobertura solo para solicitante aunque tenga familia, pero el FEDVIP no cubrirá a sus familiares.

**Cobertura para solicitante más uno:** Una inscripción de cobertura para solicitante más uno lo cubre a usted como empleado o pensionado inscrito más un familiar elegible que usted especifique. Puede elegir una inscripción de cobertura para solicitante más uno aunque tenga familiares adicionales elegibles, pero el FEDVIP no cubrirá a sus familiares adicionales.

**Cobertura para solicitante y familia:** Una inscripción de cobertura para solicitante y familia lo cubre a usted como empleado o pensionado inscrito y a todos sus familiares elegibles. Debe incluir a todos sus familiares elegibles cuando se inscriba.

### Inscripción doble

Si usted o uno de los miembros de su familia está inscrito o cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar inscrita ni cubierta como miembro de la familia por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o sus familiares cubiertos) no pueden tener cobertura de dos planes dentales de FEDVIP o dos planes de la vista de FEDVIP.

#### *Temporada abierta*

Si es un empleado o pensionado elegible, o una persona elegible para TRICARE, puede inscribirse en un plan dental u oftalmológico durante la temporada abierta del 13 de noviembre hasta la medianoche, hora del este, del 11 de diciembre de 2023. La cobertura entra en vigencia el 1 de enero de 2024.

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

#### *Nuevo empleado/recientemente elegible*

Puede inscribirse dentro de los 60 días posteriores a ser elegible como:

- un nuevo empleado;
- un empleado previamente no elegible que se transfirió a un puesto con cobertura;
- un pensionado sobreviviente si aún no está cubierto por el FEDVIP;
- un empleado que regresa al servicio luego de una interrupción de al menos 31 días; o
- una persona elegible para TRICARE.

#### *Evento vital calificado*

Un evento vital calificado (QLE) es un evento que le permite inscribirse o, si ya está inscrito, le permite cambiar su inscripción fuera de una temporada abierta.

A continuación se enumeran los QLE y las acciones de inscripción que puede realizar.

**Evento vital calificado: Matrimonio**

De No inscrito a Inscrito: Sí  
Mejora del tipo de inscripción: Sí  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: Sí

**Evento vital calificado: Adición de un familiar elegible (que no sea su cónyuge)**

De No inscrito a Inscrito: No  
Mejora del tipo de inscripción: Sí  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: No

**Evento vital calificado: Pérdida de un familiar cubierto**

De No inscrito a Inscrito: No  
Mejora del tipo de inscripción: No  
Disminución del tipo de inscripción: Sí  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: No

**Evento vital calificado: Pérdida de otra cobertura dental u oftalmológica (persona elegible o cubierta)**

De No inscrito a Inscrito: Sí  
Mejora del tipo de inscripción: Sí  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: No

**Evento vital calificado: Mudanza del área de servicio del plan regional**

De No inscrito a Inscrito: No  
Mejora del tipo de inscripción: No  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: Sí

**Oportunidades para inscribirse o cambiar de inscripción**

**Evento vital calificado: Ingreso al servicio militar activo, estado sin pago (afiliado o cónyuge)**

De No inscrito a Inscrito: No  
Mejora del tipo de inscripción: No  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: Sí  
Cambio de un plan a otro: No

**Evento vital calificado: Regreso al estado de pago desde el servicio militar activo (afiliado o cónyuge)**

De No inscrito a Inscrito: Sí  
Mejora del tipo de inscripción: No  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: No

**Evento vital calificado: Regreso al estado de pago desde una licencia sin goce de sueldo (LWOP)**

De No inscrito a Inscrito: Sí (si la inscripción se canceló durante la LWOP)  
Mejora del tipo de inscripción: No  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: Sí (si la inscripción se canceló durante la LWOP)

**Evento vital calificado: Pensión o indemnización restaurada**

De No inscrito a Inscrito: Sí  
Mejora del tipo de inscripción: No  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: No  
Cambio de un plan a otro: No

**Evento vital calificado: Transferencia a un puesto elegible\***

De No inscrito a Inscrito: No  
Mejora del tipo de inscripción: No  
Disminución del tipo de inscripción: No  
Cancelación: Sí  
Cambio de un plan a otro: No

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

El plazo para solicitar un cambio por QLE es desde 31 días antes hasta 60 días después del evento. Existen dos excepciones:

- no hay límite de tiempo para un cambio por mudarse del área de servicio de un plan regional; y
- no puede solicitar una nueva inscripción por un QLE antes de que ocurra el QLE, salvo en el caso de inscripción por pérdida del seguro dental u oftalmológico. Debe realizar el cambio a más tardar 60 días después del evento.

Las inscripciones y los cambios de inscripción realizados por un QLE entran en vigencia el primer día del período de pago siguiente a aquel en el que BENEFEDS reciba la inscripción o cambio. BENEFEDS le enviará la confirmación de la fecha de entrada en vigencia de su nueva cobertura.

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

**Excepción de VA para la cancelación**

Generalmente, puede cancelar su inscripción solo durante la temporada abierta anual. Sin embargo, si usted es un afiliado del FEDVIP que paga primas **después de impuestos** y usted, un familiar o un familiar TEI se vuelven elegibles para recibir los beneficios dentales u oftalmológicos de VA, **puede** cambiar su tipo de inscripción o cancelar su inscripción dentro de los 60 días luego de recibir la notificación de elegibilidad dental u oftalmológica de VA. Este período de 60 días puede quedar fuera de la temporada abierta. La documentación de elegibilidad dental u oftalmológica de VA debe enviarse a la OPM a través del buzón de BENEFEDS ([benefedsportal@opm.gov](mailto:benefedsportal@opm.gov)) dentro de los 60 días posteriores a la notificación para respaldar el cambio o la cancelación de la inscripción en el FEDVIP.

Si es un afiliado del FEDVIP que paga primas **antes de impuestos** y usted, un familiar o un familiar TEI se vuelven elegibles para recibir los beneficios dentales u oftalmológicos de VA, **no podrá** cambiar ni cancelar su inscripción en el FEDVIP hasta la próxima temporada abierta.

Los afiliados al FEDVIP pueden verificar si están pagando sus primas antes o después de impuestos comunicándose con BENEFEDS al 1-877-888-3337, número TTY 1-877-889-5680.

**Cuándo termina la cobertura**

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

- ya no cumple con la definición de empleado o pensionado elegible o persona elegible para TRICARE;
- inicia el servicio activo como reservista jubilado;
- el patrocinador o afiliado principal deja el servicio activo;

- comienza un período de estado de falta de pago o pago insuficiente para que le retengan sus primas del FEDVIP y no realiza pagos directos de primas a BENEFEDS;
- está realizando pagos directos de primas a BENEFEDS y deja de realizar los pagos;
- cancela la inscripción durante la temporada abierta.

La cobertura para un familiar finaliza cuando:

- usted, como afiliado, 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**

**Bajo el FEDVIP, no existe una extensión de cobertura de 31 días. Los planes del FEDVIP tampoco tienen disponible:**

- Continuación de Cobertura Temporal (TCC);
- cobertura de equidad del cónyuge; o
- derecho de conversión a una póliza individual (póliza de conversión).

### **FSAFEDS/planes de salud con un deducible alto y el FEDVIP**

**FSAFEDS/planes de salud con un deducible alto y el FEDVIP**

Si planea inscribirse en una cuenta de gastos flexibles de atención médica (HCFSA) o en una cuenta de gastos flexibles de atención médica de gastos limitados (LEX HCFSA) del FSAFEDS, debe considerar cómo la cobertura bajo un plan del FEDVIP afectará sus gastos anuales y, por lo tanto, el monto que debe asignar a la cuenta del FSAFEDS. Tenga en cuenta que las primas de seguro no son gastos elegibles para ningún tipo de FSA.

Revise la Publicación 969 del IRS: cuentas de ahorro de salud y otros planes médicos con beneficios tributarios (<https://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969>) para obtener información adicional sobre los montos de transferencia y contribución para el próximo año fiscal. Si tiene una cuenta HCFSA o LEX HCFSA del FSAFEDS y no ha agotado sus fondos antes del 31 de diciembre del año del plan, el FSAFEDS puede transferir automáticamente un monto máximo fijo de fondos no gastados a otra cuenta de atención médica o de gastos limitados para el año siguiente. Para ser elegible para la transferencia, debe ser empleado de una agencia que participe en el FSAFEDS y realizar asignaciones activas de su salario hasta el 31 de diciembre. Además, debe volver a inscribirse activamente en una cuenta de atención médica o de gastos limitados durante la próxima temporada abierta para ser elegible para la transferencia. Su reinscripción debe cumplir con el monto mínimo de contribución para el año del plan. Si no se vuelve a inscribir o si no trabaja para una agencia que participe en el FSAFEDS y realiza asignaciones activas con cargo a su salario hasta el 31 de diciembre, sus fondos no se transferirán.

Debido a los beneficios fiscales que ofrece una FSA, el IRS exige que usted renuncie a cualquier dinero por el cual no haya incurrido en un gasto elegible y presente un reclamo en el tiempo permitido. Esto se conoce como la regla "Úselo o piérdalo". Considere cuidadosamente el monto que elegirá.

Los participantes actuales del FSAFEDS deben volver a inscribirse para participar en el programa el próximo año. Consulte <https://www.fsafeds.com> o llame al 1-877-FSAFEDS (372-3337) o TTY al 1-866-353-8058. **Nota: El programa 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 cuenta de ahorros para la salud (HSA) o un acuerdo de reembolso de salud (HRA), puede usar su HSA o HRA para pagar los costos dentales u oftalmológicos calificados que no estén cubiertos por sus planes del FEHB o FEDVIP.

---

## Sección 3: cómo obtener atención

---

### Tarjetas de identificación/confirmación de inscripción

Cuando se inscribe por primera vez, recibirá una carta de bienvenida junto con una tarjeta de identificación (ID) que servirá como confirmación de su inscripción. Cada titular de contrato recibirá dos tarjetas de identificación de BCBS FEP Dental. Las tarjetas de identificación solo contendrán el nombre del titular del contrato. Dado que la mayoría de los planes del FEHB ofrecen algún nivel de beneficios dentales separados de su cobertura del FEDVIP, presentar ambas tarjetas de identificación puede garantizar que reciba el beneficio máximo permitido en cada programa junto con un procesamiento de reclamos preciso y oportuno.

Los miembros existentes a quienes previamente se les emitieron tarjetas de identificación no recibirán nuevas tarjetas, a menos que se solicite lo contrario. Puede solicitar una tarjeta de identificación de reemplazo a través de [www.bcbsfedental.com](http://www.bcbsfedental.com) o llamando al servicio de atención al cliente al 1-855-504-BLUE (2583).

Una tarjeta de identificación no es garantía de beneficios ni su dentista la necesita para prestar servicios dentales. Su dentista puede llamar al 1-855-504-BLUE (2583) para confirmar su inscripción y los beneficios disponibles para usted.

### Dónde atenderse con cobertura

Puede obtener atención de cualquier dentista autorizado en Estados Unidos o en el extranjero.

### Dentistas del plan

Los dentistas de la red figuran en nuestro sitio web en [www.bcbsfedental.com/findadentist](http://www.bcbsfedental.com/findadentist) y en la aplicación móvil de BCBS FEP Dental. Nuestro directorio se actualiza semanalmente. Además, puede comunicarse con nosotros al 1-855-504-BLUE (2583) para obtener más ayuda.

### Dentro de la red

BCBS FEP Dental negocia tarifas con dentistas para ayudarlo a reducir sus costos. Consideramos a estos dentistas como dentro de la red. Si utiliza uno de estos dentistas, los beneficios se pagan al nivel de dentro de la red. Para encontrar un dentista en su área, visite [www.bcbsfedental.com/findadentist](http://www.bcbsfedental.com/findadentist) o comuníquese con el servicio de atención al cliente al 1-855-504-BLUE (2583).

**Nota: La red de dentistas de BCBS FEP Dental puede ser distinta a la red médica del Programa de Empleados Federales (FEP) de BCBS.**

Antes de cada cita, verifique que el dentista esté dentro de la red en el lugar de servicio.

### Fuera de la red

Puede obtener atención de cualquier dentista autorizado. Si el dentista que utiliza no es parte de nuestra red, pagaremos sus servicios según un nivel de beneficio fuera de la red y la asignación del plan, lo que resultará en un beneficio máximo anual más bajo. Usted es responsable de pagar la diferencia entre nuestro pago y el monto facturado. Si elige atenderse por fuera de la red, pagaremos nuestra parte directamente al titular del contrato.

### Servicios de emergencia

Los servicios de emergencia se definen como aquellos servicios dentales necesarios para aliviar el dolor o prevenir el empeoramiento de una afección que podría causar un retraso.

### Estimación previa al tratamiento

Las estimaciones previas al tratamiento no son obligatorias. Sin embargo, recomendamos que su dentista envíe un presupuesto previo al tratamiento si está considerando recibir atención dental significativa o extensa. Las estimaciones previas al tratamiento deben incluir un plan de tratamiento integral y la documentación de respaldo necesaria, como notas de gráficos, imágenes radiográficas y fotografías.

Los beneficios pueden alternarse con un procedimiento menos costoso que cumpla con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados.

Le proporcionaremos una explicación no vinculante de los beneficios tanto a usted como a su dentista que indicará si los procedimientos están cubiertos y una estimación de lo que pagaremos por esos servicios específicos. La asignación estimada del plan se basa en su elegibilidad actual y los beneficios vigentes en el momento del cálculo previo al tratamiento. El envío de otros reclamos o cambios en la elegibilidad o beneficios pueden alterar el pago final. Un presupuesto previo al tratamiento no es garantía de beneficios.

Las estimaciones previas al tratamiento son válidas durante el año calendario en el que se procesan, o por 12 meses, sujetas a la elegibilidad y a las limitaciones del plan.

Envíe estimaciones previas al tratamiento a BCBS FEP Dental a la dirección que figura a continuación. No envíe estimaciones previas al tratamiento a su plan médico.

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

### **Beneficio alternativo**

Si se puede utilizar más de un servicio o procedimiento para tratar la afección dental, nos reservamos el derecho de autorizar un servicio cubierto alternativo y menos costoso, según un profesional dental lo considere apropiado y que cumple con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados.

Si usted y su dentista eligen el tratamiento más costoso en lugar del beneficio alternativo, usted es responsable de los cargos adicionales más allá de la asignación del plan para el servicio alternativo.

Ejemplo: Si un profesional dental determina que un implante no es dentalmente necesario o que se puede realizar un tratamiento apropiado menos costoso, no se permitirán beneficios para el implante individual o para los procedimientos relacionados con el implante, y se podrá aprobar la asignación para el tratamiento menos costoso.

### **Revisión dental**

Se pueden revisar ciertos servicios dentales enviados en un reclamo para determinar los beneficios y la necesidad dental. A esta revisión la llevan a cabo profesionales dentales autorizados que evaluarán la documentación clínica y las imágenes de diagnóstico enviadas por su dentista.

Puede haber situaciones resultantes de la revisión dental en las que se aplique un beneficio alternativo que cumpla con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados. Esta revisión se aplica a procedimientos que incluyen, entre otros, incrustaciones onlay, coronas, reconstrucciones, puentes, implantes, tratamiento periodontal, extracciones y anestesia.

### **Pagador primario FEHB**

Es importante saber que, según los requisitos del FEDVIP, el plan del FEHB siempre será el pagador primario cuando usted también tenga la cobertura de BCBS FEP Dental. Por lo tanto, en el consultorio dental siempre muestre sus tarjetas de identificación del FEHB y BCBS FEP Dental en cada cita. Su consultorio dental debe enviar sus reclamos al proveedor del FEHB primero.

Cuando visita a un proveedor que participa tanto en su plan del FEHB como en su plan del FEDVIP, el plan del FEHB pagará los beneficios primero.

En estos casos, la asignación del plan BCBS FEP Dental será el cargo permitido negociado entre el plan y el dentista. Usted es responsable de la diferencia entre el pago total del FEHB y BCBS FEP Dental y la asignación del plan.

Somos responsables de facilitar el proceso si el pagador primario del FEHB es un plan médico FEP.

Si tiene la cobertura de la opción básica del plan de beneficios de servicios de Blue Cross Blue Shield y BCBS FEP Dental, no es responsable del copago de \$30 (hasta 2 evaluaciones por año). Si su dentista cobra el copago por adelantado, debe reembolsarlo totalmente una vez que se haya procesado el reclamo según BCBS FEP Dental.

Consulte los siguientes ejemplos que suponen que se han cumplido todos los deducibles y no se han alcanzado los máximos anuales.

**Ejemplo 1:** Opción de cobertura Alta (dentista dentro de la red)

Tarifa de dentista de Clase B: \$108.00

Pago de FEHB: \$16.00

Asignación del plan BCBS FEP Dental: \$60.00

Pago de BCBS FEP Dental: \$42.00 (\$60.00 a 70%)

Responsabilidad del miembro\*: \$2.00 (\$60-\$16-\$42)

**Ejemplo 2:** Opción de cobertura alta (dentista fuera de la red)

Tarifa de dentista de Clase B: \$108.00

Pago de FEHB: \$16.00

Pago de BCBS FEP Dental: \$64.80 (\$108.00 a 60%)

Responsabilidad del miembro\*: \$27.20 (\$108-\$16-\$64.80)

\*Supone que el cargo del dentista está dentro de la asignación del plan.

**Coordinación de beneficios (COB)**

Si está cubierto por un plan que no es del FEHB, sus beneficios de BCBS FEP Dental se coordinarán utilizando las disposiciones tradicionales de COB para determinar el pago. Coordinaremos los pagos de beneficios con el pago de beneficios de otra cobertura de beneficios de salud grupal (no FEHB) que pueda tener y el pago de costos dentales bajo un seguro de responsabilidad sin culpa que pague los beneficios sin tener en cuenta la culpa. Consulte los siguientes ejemplos que suponen que se han cumplido todos los deducibles y no se han alcanzado los máximos anuales.

**Ejemplo 1:** Opción de cobertura Alta (dentista dentro de la red)

Tarifa de dentista de Clase B: \$121.00

Pago de FEHB: \$60.50

Asignación del plan BCBS FEP Dental: \$73.00

Pago de BCBS FEP Dental: \$51.10 (\$73.00 a 70%)

Pago por BCBS FEP Dental: \$12.50

Responsabilidad del miembro\*: \$0.00 (\$73-\$60.50-\$12.50)

**Ejemplo 2:** Opción de cobertura alta (dentista fuera de la red)

Tarifa de dentista de Clase B: \$121.00

Pago de FEHB: \$96.80

Pago de BCBS FEP Dental: \$72.60 (\$121.00 a 60%)

Pago por BCBS FEP Dental: \$24.20 (\$121-\$96.80)

Responsabilidad del miembro\*: \$27.20 (\$121-\$96.80-\$24.20)

\*Supone que el cargo del dentista está dentro de la asignación del plan.

**Áreas de calificación**

Sus tarifas se determinan según el lugar donde vive. Esto se llama área de calificación. Si se muda, deberá actualizar su dirección a través de BENEFEDS en [www.BENEFEDS.com](http://www.BENEFEDS.com) o por teléfono al 877-888-FEDS (3337). 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 con acceso limitado a un dentista de la red y recibe servicios cubiertos de un dentista fuera de la red, pagaremos el mismo nivel de beneficios que si utilizara los servicios de un dentista dentro de la red. Se considera un área de acceso limitado si debe manejar más de 15 millas en áreas urbanas o más de 35 millas en áreas rurales. Usted es responsable de cualquier diferencia entre el monto facturado y nuestro pago.

Si necesita ayuda para localizar un dentista dentro de la red en su área, llámenos al 1-855-504-BLUE (2583).

---

## Sección 4: su costo por servicios cubiertos

---

Esto es lo que pagará de su bolsillo por la atención cubierta:

### **Deducible**

Un deducible es un monto fijo de gastos en los que debe incurrir para pagar ciertos servicios y suministros cubiertos antes de que paguemos por ellos. 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 Alta dentro de la red: \$0  
Opción Estándar dentro de la red: \$0  
Opción Alta fuera de la red: \$50  
Opción Estándar fuera de la red: \$75

#### **Clase B**

Opción Alta dentro de la red: \$0  
Opción Estándar dentro de la red: \$0  
Opción Alta fuera de la red: \$50  
Opción Estándar fuera de la red: \$75

#### **Clase C**

Opción Alta dentro de la red: \$0  
Opción Estándar dentro de la red: \$0  
Opción Alta fuera de la red: \$50  
Opción Estándar fuera de la red: \$75

#### **Ortodoncia**

Opción Alta dentro de la red: \$0  
Opción Estándar dentro de la red: \$0  
Opción Alta fuera de la red: \$0  
Opción Estándar fuera de la red: \$0

### **Coseguro**

El coseguro es el porcentaje de nuestra asignación que usted debe pagar por su atención. El coseguro no comienza hasta que usted alcance su deducible, si corresponde.

#### **Clase A**

Opción Alta dentro de la red: 0 %  
Opción Estándar dentro de la red: 0 %  
Opción Alta fuera de la red: 10 %  
Opción Estándar fuera de la red: 40 %

#### **Clase B**

Opción Alta dentro de la red: 30 %  
Opción Estándar dentro de la red: 45 %  
Opción Alta fuera de la red: 40 %  
Opción Estándar fuera de la red: 60 %

#### **Clase C**

Opción Alta dentro de la red: 50 %  
Opción Estándar dentro de la red: 65 %  
Opción Alta fuera de la red: 60 %  
Opción Estándar fuera de la red: 80 %

#### **Ortodoncia**

Opción Alta dentro de la red: 50 %  
Opción Estándar dentro de la red: 50 %  
Opción Alta fuera de la red: 50 %  
Opción Estándar fuera de la red: 50 %

**Beneficio máximo anual** Una vez que alcance este monto, usted será responsable de todos los cargos adicionales. Los beneficios máximos anuales dentro de cada opción del plan se combinan entre servicios dentro y fuera de la red. El beneficio máximo anual total nunca será mayor que el beneficio máximo anual dentro de la red.

**Beneficio máximo anual:**

Opción Alta dentro de la red: Ilimitado  
Opción Estándar dentro de la red: \$1500  
Opción Alta fuera de la red: \$3000  
Opción Estándar fuera de la red: \$750

**Beneficio máximo de por vida** El beneficio máximo de por vida se aplica solo a los beneficios de ortodoncia. No existen otros beneficios máximos de por vida en virtud de este plan.

**Beneficio máximo de por vida**

Opción alta dentro de la red: hasta \$3,500  
Opción estándar dentro de la red: hasta \$2,500  
Opción alta fuera de la red: hasta \$3,500  
Opción estándar fuera de la red: hasta \$1,250

**Servicios dentro de la red** Usted paga el porcentaje de coseguro de la asignación de nuestro plan por servicios cubiertos. Antes de cada cita, verifique que el dentista esté dentro de la red en el lugar de servicio.

Solo los dentistas que están listados con sus consultorios correspondientes se consideran dentro de la red. Es posible que no todos los dentistas de un consultorio estén dentro de la red y el mismo dentista puede no estar dentro de la red en un consultorio distinto. Es su responsabilidad asegurarse de que el dentista incluido esté activo y dentro de la red en el momento y lugar en el que reciba los servicios.

**Servicios fuera de la red** Si el dentista que utiliza no es parte de nuestra red, los beneficios se considerarán al nivel de fuera de la red. Todos los servicios proporcionados por un dentista fuera de la red se pagarán a niveles fuera de la red, excepto los beneficios de acceso limitado. Pagamos los servicios prestados por un dentista fuera de la red según una asignación del plan fuera de la red. Usted será responsable de su porcentaje de coseguro más el monto facturado superior a la asignación del plan.

**Asignación del plan** La asignación de nuestro plan es el monto que utilizamos para determinar nuestro pago y su coseguro por servicios cubiertos. Determinamos nuestra asignación de la siguiente manera:

- Para dentistas dentro de la red, según nuestras tarifas dentales contratadas. El miembro no es responsable de los montos facturados que superen la asignación del plan.
- Para dentistas fuera de la red, según la asignación del plan fuera de la red. Los datos de FAIR Health (una operación sin fines de lucro y sin seguros) se utilizan para determinar la asignación del plan fuera de la red. El miembro es responsable de cualquier monto facturado por dentistas fuera de la red que supere la asignación del plan, más el monto de su coseguro.

**Año calendario** El año calendario se refiere al año del plan, que se define como del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

**Servicios de emergencia** Los servicios relacionados con emergencias o accidentes tienen la misma cobertura que cualquier otro beneficio.

**Tratamiento en curso** El tratamiento en curso para dependientes de miembros en servicio activo en proceso de jubilación que estaban inscritos en el Programa Dental de TRICARE (TDP) estará cubierto para el año del plan 2024, independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de entrada en vigencia del afiliado.

Este requisito incluye la responsabilidad de pagos por servicios de ortodoncia cubiertos hasta los límites de la póliza del FEDVIP y el pago total, cuando corresponda, hasta lo establecido por la póliza del FEDVIP para servicios cubiertos completados (pero no iniciados) en el año del plan de 2024, como coronas e implantes.

## Sección 5: servicios y suministros dentales

### Clase A, básicos

#### Consideraciones importantes sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan solo cuando se determina que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y si se determina que cumplen con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red. Si elige utilizar un dentista fuera de la red, la opción Estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la opción Alta tiene un deducible de \$50 por persona. Ninguna opción tiene un deducible familiar; cada persona cubierta inscrita debe cubrir su propio deducible.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia, el beneficio máximo anual de la opción Alta es cero, y es \$3000 para los servicios fuera de la red.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia el beneficio máximo anual de la opción Estándar es \$1500 y es \$750 para los servicios fuera de la red. En ningún caso, BCBS FEP Dental permitirá más de \$1500 en beneficios combinados bajo la opción Estándar en cualquier año del plan.
- Las frecuencias entre sus pólizas del FEHB y de BCBS FEP Dental se combinan, no se separan. (P. ej., si su póliza del FEHB cubre 2 exámenes orales y BCBS FEP Dental cubre 2 exámenes orales, se cubrirán un total de 2 exámenes orales y la cobertura se coordinará entre las pólizas).
- La siguiente es una lista completa de servicios cubiertos.

#### Usted paga:

##### Opción alta

- **Dentro de la red:** Servicios preventivos y de diagnóstico – \$0 por servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** Servicios preventivos y de diagnóstico – deducible de \$50 y luego usted paga el 10 % de la asignación del plan, sujeto a los máximos del plan. Usted es responsable de pagar cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

##### Opción estándar

- **Dentro de la red:** Servicios preventivos y de diagnóstico – \$0 por servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** \$75 de deducible y luego usted paga el 40 % de la asignación del plan, sujeto a los máximos del plan. Usted es responsable de pagar cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

#### Servicios de diagnóstico

D0120 Evaluación oral periódica, paciente establecido: límite de 2 por año calendario (consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección)

D0140 Evaluación oral limitada, centrada en un problema: límite de 1 por año calendario (consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección)

D0145 Evaluación oral de un paciente menor de 3 años y asesoramiento con un cuidador primario: límite de 2 por año calendario (consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección)

D0150 Evaluación oral integral, paciente establecido o nuevo: límite de 1 por año calendario (consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección)

D0160 Evaluación oral detallada y extensa, centrada en un problema, según informe: límite de 1 por año calendario (consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección)

D0180 Evaluación periodontal periódica integral, paciente establecido o nuevo: límite de 1 por año calendario (consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección). Si se factura con un D4910, el D0180 se alternará con un D0120.

D0210 Intraoral, serie integral de imágenes radiográficas que incluyen radiografías interproximales: límite de 1 cada 60 meses para cualquier combinación de serie integral de imágenes radiográficas

*Servicios de diagnóstico (continúa en la página siguiente)*

## Servicios de diagnóstico (cont.)

D0220 Intraoral, imagen radiográfica periapical

D0230 Intraoral, cada imagen radiográfica periapical adicional

D0240 Intraoral, imagen radiográfica oclusal

D0250 Extraoral, imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector

D0251 Extraoral, imagen radiográfica dental posterior

D0270 Radiografía interproximal, una imagen: límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para todos los demás

D0272 Radiografías interproximales, dos imágenes: límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para todos los demás

D0273 Radiografías interproximales, tres imágenes: límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para todos los demás

D0274 Radiografías interproximales, cuatro imágenes: límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para todos los demás

D0277 Radiografías interproximales, siete u ocho imágenes: límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para todos los demás

D0330 Imagen radiográfica panorámica: límite de 1 cada 60 meses

D0372 Tomosíntesis intraoral, serie integral de imágenes radiográficas: límite de 1 cada 60 meses para cualquier combinación de serie integral de imágenes radiográficas

D0373 Tomosíntesis intraoral, imagen radiográfica interproximal: límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para pacientes de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de radiografías interproximales para todos los demás

D0374 Tomosíntesis intraoral, imagen radiográfica periapical

D0425 Pruebas de susceptibilidad a caries

D0486 Ingreso a laboratorio de muestra citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito

### Notas y limitaciones de los servicios de diagnóstico de clase A:

Exámenes no centrados en problemas: límite de 2 por año

- La evaluación oral periódica (D0120), la evaluación oral para un niño menor de 3 años (D0145), la evaluación oral integral (D0150) y la evaluación periodontal integral (D0180) se combinan y se limitan a un total de 2 por año.
  - La evaluación oral integral (D0150) y la evaluación periodontal integral (D0180) se combinan y se limitan a 1 por año.
  - Las evaluaciones orales integrales que superen el límite de 1 por año se tramitarán como evaluación periódica.

Exámenes centrados en problemas: límite de 1 por año

- La evaluación oral limitada (D0140) y la evaluación oral detallada y extensa (D0160) se combinan y se limitan a 1 por año.

Diagnóstico por imagen

- Catorce o más imágenes radiográficas en la misma fecha de servicio se procesarán como D0210 (juego completo de imágenes radiográficas).
- Las imágenes radiográficas interproximales con la misma fecha de servicio que una imagen radiográfica panorámica se procesarán como D0210.

## Servicios preventivos

D1110 Profilaxis, adultos: Límite de 3 durante el año calendario. Los niños de 13 años y menos se procesarán como D1120 (consulte la información adicional en la página siguiente).

D1120 Profilaxis, niños: Límite de 3 durante el año calendario. Las personas de 14 años y más se procesarán como D1110 (consulte la información adicional en la página siguiente).

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

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

*Servicios preventivos (continúa en la página siguiente)*

## Servicios preventivos (cont.)

D1351 Sellador en 1.er y 2.º molar permanente sin restaurar, por diente, para pacientes de hasta 22 años, cualquier combinación de sellador o restauración preventiva con resina: límite de 1 cada 36 meses

D1352 Restauración preventiva con resina en paciente con riesgo de caries de moderado a alto en 1.er y 2.º molar permanente sin restaurar para pacientes de hasta 22 años, cualquier combinación de sellador o restauración preventiva con resina: límite de 1 cada 36 meses

D1353 Reparación con sellador en 1.er y 2.º molar permanente sin restaurar para pacientes de hasta 22 años, cualquier combinación de sellador o restauración preventiva con resina: límite de 1 cada 36 meses

D1354 Aplicación de medicamento para detener la caries, por diente

D1510 Mantenedor de espacio fijo unilateral por cuadrante: limitado a pacientes de hasta 22 años

D1516 Mantenedor de espacio maxilar fijo bilateral: limitado a pacientes de hasta 22 años

D1517 Mantenedor de espacio mandibular fijo bilateral: limitado a pacientes de hasta 22 años

D1520 Mantenedor de espacio removible unilateral por cuadrante: limitado a pacientes de hasta 22 años

D1526 Mantenedor de espacio maxilar removible bilateral: limitado a pacientes de hasta 22 años

D1527 Mantenedor de espacio mandibular removible bilateral: limitado a pacientes de hasta 22 años

D1551 Recementado o readhesión de mantenedor de espacio maxilar bilateral

D1552 Recementado o readhesión de mantenedor de espacio mandibular bilateral

D1553 Recementado o readhesión de mantenedor de espacio unilateral por cuadrante

D1556 Extracción de mantenedor de espacio fijo unilateral por cuadrante. Permitido si lo retira un dentista o un consultorio dental que no colocó originalmente el aparato.

D1557 Extracción de mantenedor de espacio maxilar fijo bilateral. Permitido si lo retira un dentista o un consultorio dental que no colocó originalmente el aparato.

D1558 Extracción de mantenedor de espacio mandibular fijo bilateral. Permitido si lo retira un dentista o un consultorio dental que no colocó originalmente el aparato.

D1575 Mantenedor de espacio de zapatilla distal fijo unilateral por cuadrante: limitado a pacientes de hasta 22 años

### Notas sobre los servicios preventivos de clase A:

- Profilaxis y raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: límite de 3 por año calendario para cualquier combinación de D1110, D1120 y D4346. Los niños de 13 años y menos se procesarán como D1120 y las personas de 14 años o más se procesarán como D1110.
- Los tratamientos como los fluoruros se combinan bajo una limitación del plan. Por ejemplo, la aplicación tópica de barniz de flúor (D1206) y la aplicación tópica de flúor, excluyendo el barniz (D1208) se combinan y se limitan a 2 por año calendario para pacientes de hasta 22 años.

## Procedimientos adicionales cubiertos como servicios básicos

D9110 Tratamiento paliativo del dolor dental, por visita, 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 del horario habitual

## Servicios no cubiertos

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

## Clase B, intermedios

### Consideraciones importantes sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan solo cuando determinamos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red.
- Si elige utilizar un dentista fuera de la red, la opción Estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la opción Alta tiene un deducible de \$50 por persona. Ninguna opción tiene un deducible familiar; cada persona cubierta inscrita debe cubrir su propio deducible.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia, el beneficio máximo anual de la opción Alta es cero, y es \$3000 para los servicios fuera de la red. Sin embargo, se pueden aplicar beneficios alternativos. Consulte la sección 7: lo que no cubrimos, para obtener una lista de exclusiones y limitaciones.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia el beneficio máximo anual de la opción Estándar es \$1500 y es \$750 para los servicios fuera de la red. En ningún caso, BCBS FEP Dental permitirá más de \$1500 en beneficios combinados bajo la opción Estándar en cualquier año del plan.
- Para los servicios de incrustaciones, si decide recibir el beneficio alternativo de un empaste, el límite de tiempo sería 1 cada 24 meses.
- Se cubrirá para el año del plan de 2024 el tratamiento en curso para dependientes de afiliados jubilados del TDP. Esto es independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de entrada en vigor del afiliado.
- La siguiente es una lista completa de servicios cubiertos.

### Usted paga:

#### Opción alta

- **Dentro de la red:** No deducible; usted paga el 30 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan. Para niños de 13 años o menos, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** \$50 de deducible; usted paga el 40 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

#### Opción estándar

- **Dentro de la red:** No deducible; usted paga el 45 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan. Para niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** \$75 de deducible; usted paga el 60% de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

## Servicios de restauración menores

D2140 Amalgama en una superficie, primario o permanente: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2150 Amalgama en dos superficies, primario o permanente: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2160 Amalgama en tres superficies, primario o permanente: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2161 Amalgama en cuatro superficies, primario o permanente: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2330 Compuesto a base de resina en una superficie, anterior: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2331 Compuesto a base de resina en dos superficies, anterior: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2332 Compuesto a base de resina en tres superficies, anterior: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2335 Compuesto a base de resina en cuatro o más superficies (anterior): límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2390 Compuesto a base de resina en corona anterior de resina: límite cada 24 meses por diente
D2391 Compuesto a base de resina en una superficie, posterior: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2392 Compuesto a base de resina en dos superficies, posterior: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2393 Compuesto a base de resina en tres superficies, posterior: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2394 Compuesto a base de resina en cuatro o más superficies, posterior: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente
D2610 Incrustación inlay de porcelana/cerámica en una superficie: límite de 1 cada 60 meses ( <b>se proporcionará un beneficio alternativo</b> )
D2620 Incrustación inlay de porcelana/cerámica en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses ( <b>se proporcionará un beneficio alternativo</b> )
D2630 Incrustación inlay de porcelana/cerámica en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses ( <b>se proporcionará un beneficio alternativo</b> )
D2910 Recementado o readhesión de incrustación inlay, incrustación onlay, carilla estética o restauración de cobertura parcial: límite de 1 cada 6 meses después de la instalación inicial, si han pasado menos de 6 meses desde la instalación, no hay responsabilidad para el paciente
D2915 Recementado o readhesión de pernos y núcleos fabricados o prefabricados indirectamente: límite de 1 cada 6 meses después de la instalación inicial, si han pasado menos de 6 meses desde la instalación, no hay responsabilidad para el paciente
D2920 Recementado o readhesión de coronas: límite de 1 cada 6 meses después de la instalación inicial, si han pasado menos de 6 meses desde la instalación, no hay responsabilidad para el paciente
D2921 Reinserción de fragmento de diente, borde incisal o cúspide: límite de 1 cada 24 meses por superficie por diente, incluido con los empastes
D2928 Corona prefabricada de porcelana/cerámica para diente permanente: límite de 1 por diente cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años ( <b>se proporcionará un beneficio alternativo</b> )
D2929 Corona prefabricada de porcelana/cerámica para diente primario: límite de 1 por diente cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años ( <b>se proporcionará un beneficio alternativo</b> )
D2930 Corona prefabricada de acero inoxidable para diente primario: límite de 1 por diente cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2931 Corona prefabricada de acero inoxidable para diente permanente: límite de 1 por diente cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2940 Restauración protectora
D2941 Restauración terapéutica provisional de dentición primaria
D2951 Retención de pin por diente, además de la restauración
D2989 Excavación de un diente que determina que no se puede restaurar: límite de 1 por diente de por vida
D7288 Biopsia con cepillo: límite de 1 cada 12 meses

### Notas sobre los servicios de restauración menores de clase B:

- Las restauraciones son beneficios cubiertos solo cuando se necesitan para reemplazar la estructura del diente debido a una fractura o caries.

## Servicios de endodoncia

D3110 Tapa pulpar directa (excluida la restauración final)

D3120 Tapa pulpar indirecta (excluida la restauración final)

D3220 Pulpotomía terapéutica (excluida la restauración final): solo en dientes primarios, 1 de por vida

D3221 Desbridamiento pulpar en dientes primarios y permanentes

D3222 Pulpotomía parcial para apexogénesis en diente permanente con desarrollo radicular incompleto: 1 de por vida

D3230 Terapia pulpar (empaste reabsorbible) en diente primario anterior (excluida la restauración final): 1 de por vida

D3240 Terapia pulpar (empaste reabsorbible) en diente primario posterior (excluida la restauración final): 1 de por vida

D3355 Regeneración pulpar, visita inicial

D3356 Regeneración pulpar, reemplazo provisional de medicación

D3357 Regeneración pulpar, finalización del tratamiento

## Servicios periodontales

D4341 Raspado periodontal y alisado radicular en cuatro o más dientes por cuadrante: límite de 1 cada 24 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio

D4342 Raspado periodontal y alisado radicular en uno a tres dientes por cuadrante: límite de 1 cada 24 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio

D4346 Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave en boca completa, después del examen oral: limitado a 3 en combinación con D1110 o D1120 durante el año calendario

D4381 Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente

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

### Notas sobre los servicios periodontales de clase B:

Documentación y criterios de respaldo:

- Imágenes radiográficas de calidad diagnóstica de toda la boca o una imagen radiográfica panorámica que incluyen radiografías interproximales; etiquetadas y fechadas (dentro de los 12 meses posteriores al envío del procedimiento).
- Gráfico periodontal: gráfico de la profundidad de la bolsa periodontal de 6 puntos según lo descrito por la ADA y la Academia Estadounidense de Periodoncia (AAP), etiquetado y fechado (dentro de los 12 meses posteriores al envío del procedimiento).
- Los dientes a tratar deben presentar bolsas de al menos 4 milímetros (mm) de profundidad, sangrado al sondaje y evidencia radiográfica demostrable de pérdida ósea (ya sea vertical u horizontal) en la cresta alveolar.
- Se considera pérdida ósea un nivel óseo de más de 1.5 mm desde el ápice hasta la unión amelocementaria (CEJ).

No se permitirán procedimientos periodontales no quirúrgicos y de mantenimiento sin responsabilidad del paciente cuando se envíen en la misma fecha de servicio que los procedimientos de profilaxis preventiva.

## Servicios de prostodoncia

D5410 Ajuste de prótesis dental maxilar completa: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5411 Ajuste de prótesis dental mandibular completa: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5421 Ajuste de prótesis dental maxilar parcial: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5422 Ajuste de prótesis dental mandibular parcial: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5511 Reparación de base de prótesis dental mandibular completa rota: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5512 Reparación de base de prótesis dental maxilar completa rota: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5520 Reemplazo de dientes faltantes o rotos de prótesis dental completa (cada diente): límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5611 Reparación de base de prótesis dental mandibular de resina: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5612 Reparación de base de prótesis dental maxilar de resina: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5621 Reparación de estructura mandibular de metal fundido: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

*Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)*

## Servicios de prostodoncia (cont.)

D5622 Reparación de estructura maxilar parcial de metal fundido: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5630 Reparación o reemplazo de materiales de retención/sujeción rotos, por diente: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5640 Reemplazo de dientes rotos, por diente: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5650 Adición de diente a prótesis dental parcial existente: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5660 Adición de grapa dental a prótesis dental parcial existente: límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5670 Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en estructura maxilar de metal fundido: límite de 2 cada 24 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5671 Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en estructura mandibular de metal fundido: límite de 2 cada 24 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5710 Reemplazo de material de base de prótesis dental maxilar completa: límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5711 Reemplazo de material de base de prótesis dental mandibular completa: límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5720 Reemplazo de material de base de prótesis dental maxilar parcial: límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5721 Reemplazo de material de base de prótesis dental mandibular parcial: límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5725 Reemplazo de material de base de prótesis híbrida: límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5730 Rellenado de prótesis dental maxilar completa (directo): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5731 Rellenado de prótesis dental mandibular completa (directo): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5740 Rellenado de prótesis dental maxilar parcial (directo): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5741 Rellenado de prótesis dental mandibular parcial (directo): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5750 Rellenado de prótesis dental maxilar completa (indirecto): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5751 Rellenado de prótesis dental mandibular completa (indirecto): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5760 Rellenado de prótesis dental maxilar parcial (indirecto): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5761 Rellenado de prótesis dental mandibular parcial (indirecto): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5765 Rellenado con material blando de prótesis dental removible completa o parcial (indirecto): límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D5850 Acondicionamiento de tejidos (maxilar)

D5851 Acondicionamiento de tejidos (mandibular)

D6096 Extracción de tornillo de retención de implante roto: límite de 1 cada 60 meses

D6930 Recementado o readhesión de prótesis dental parcial fija: límite de 1 por puente a partir de 6 meses después de la instalación inicial

D6980 Reparación de prótesis dental parcial fija, según informe

D9120 Seccionamiento de prótesis dental parcial fija: 1 cada 60 meses

### Notas sobre los servicios de prostodoncia de clase B:

- Para fines de informes y beneficios, la fecha de finalización de coronas y prótesis dentales parciales fijas es la fecha de cementación. La fecha de finalización es la fecha de inserción de los aparatos de prótesis removibles. Para dentaduras postizas inmediatas, el dentista que fabricó la dentadura postiza puede recibir un reembolso por el servicio después de que otro dentista haga la inserción (por ejemplo, un cirujano oral).
- El acondicionamiento de tejidos se considera inclusivo cuando se realiza el mismo día de la colocación de una prótesis dental o de un relleno/reemplazo de material de base.

## Cirugía oral

D7111 Extracción de restos coronales, diente primario

D7140 Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)

D7210 Extracción de diente erupcionado que requiere extracción de hueso u odontosección, incluye elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado

D7220 Extracción de diente impactado, tejido blando

D7230 Extracción de diente impactado, parcialmente óseo

D7240 Extracción de diente impactado, completamente óseo

D7241 Extracción de diente impactado, completamente óseo con complicaciones quirúrgicas inusuales

D7250 Extracción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)

D7251 Coronectomía, extracción parcial intencional de dientes, solo dientes impactados

D7270 Reimplantación o estabilización de dientes perdidos o desplazados accidentalmente

D7272 Trasplante de dientes, incluye ferulización o estabilización

D7280 Exposición de un diente no erupcionado

D7310 Alveoloplastia combinada con extracciones, por cuadrante

D7311 Alveoloplastia combinada con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante

D7320 Alveoloplastia no combinada con extracciones, por cuadrante

D7321 Alveoloplastia no combinada con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante

D7471 Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)

D7485 Reducción quirúrgica de tuberosidad

D7510 Incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral

D7910 Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm

D7921 Recolección y aplicación de producto concentrado de sangre autólogo: límite de 1 en 36 meses

D7953 Injerto de reemplazo óseo para preservación de cresta, por sitio. Sin revisión de dientes anteriores. Se revisan los dientes posteriores para determinar si están cubiertos o no. No se autorizan los sitios de extracción del tercer molar, a menos que se realice D7251. Dientes anteriores y dientes posteriores aprobados: límite de 1 cada 60 meses

D7971 Escisión de encía pericoronar

D7972 Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa: límite de 1 cada 6 meses

D7999 Procedimiento de cirugía oral no especificado, según informe

### Notas sobre la cirugía oral de clase B:

- Los injertos de reemplazo óseo para preservación de cresta se limitan a los sitios de extracción cuando se aprueba la colocación de implantes o cuando puede ser necesaria la extracción del implante.

## Servicios no cubiertos

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

## Clase C, mayores

### Consideraciones importantes sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan solo cuando determinamos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red.
- Si elige utilizar un dentista fuera de la red, la opción Estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la opción Alta tiene un deducible de \$50 por persona. Ninguna opción tiene un deducible familiar; cada persona cubierta inscrita debe cubrir su propio deducible.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia, el beneficio máximo anual de la opción Alta es cero, y es \$3000 para los servicios fuera de la red.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia el beneficio máximo anual de la opción Estándar es \$1500 y es \$750 para los servicios fuera de la red. En ningún caso, BCBS FEP Dental permitirá más de \$1500 en beneficios combinados bajo la opción Estándar en cualquier año del plan.
- Si se puede utilizar más de un servicio o procedimiento para tratar la afección dental, nos reservamos el derecho de autorizar un servicio cubierto alternativo y menos costoso, según un profesional dental lo considere apropiado y que cumple con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados. Si usted y su dentista eligen el tratamiento más costoso en lugar del beneficio alternativo, usted es responsable de los cargos adicionales más allá de la asignación del plan para el servicio alternativo.
- Las estimaciones previas al tratamiento no son obligatorias. Sin embargo, recomendamos que su dentista envíe un presupuesto previo al tratamiento si está considerando recibir atención dental significativa o extensa. Las estimaciones previas al tratamiento deben incluir un plan de tratamiento integral y la documentación de respaldo necesaria, como notas de gráficos, imágenes radiográficas y fotografías. Los beneficios pueden alternarse con un procedimiento menos costoso que cumpla con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados. Le proporcionaremos una explicación no vinculante de los beneficios tanto a usted como a su dentista que indicará si los procedimientos están cubiertos y una estimación de lo que pagaremos por esos servicios específicos. La asignación estimada del plan se basa en su elegibilidad actual y los beneficios vigentes en el momento del cálculo previo al tratamiento. El envío de otros reclamos o cambios en la elegibilidad o beneficios pueden alterar el pago final. Un presupuesto previo al tratamiento no es garantía de beneficios.
- Para los servicios de incrustaciones, si decide recibir el beneficio alternativo de un empaste, el límite de tiempo sería 1 cada 24 meses.
- Todos los servicios que requieren más de una visita se pagan una vez que se completan todas las visitas.
- Se cubrirá para el año del plan de 2024 el tratamiento en curso para dependientes de afiliados jubilados del TDP. Esto es independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de entrada en vigor del afiliado.
- La siguiente es una lista completa de servicios cubiertos.

### Usted paga:

#### Opción alta

- **Dentro de la red:** No deducible; usted paga el 50 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan. Para niños de 13 años o menos, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** \$50 de deducible; usted paga el 60 % de la asignación del plan por servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

#### Opción estándar

- **Dentro de la red:** No deducible; usted paga el 65 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan. Para niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** \$75 de deducible; usted paga el 80 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

## Servicios de restauración mayores

D2410 Lámina de oro en una superficie: límite de 1 cada 24 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2420 Lámina de oro en dos superficies: límite de 1 cada 24 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2430 Lámina de oro en tres superficies: límite de 1 cada 24 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2510 Incrustación inlay metálica en una superficie: límite de 1 por diente cada 60 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2520 Incrustación inlay metálica en dos superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2530 Incrustación inlay metálica en tres superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2542 Incrustación onlay metálica en dos superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2543 Incrustación onlay metálica en tres superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2544 Incrustación onlay metálica en cuatro o más superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2642 Incrustación onlay de porcelana/cerámica en dos superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2643 Incrustación onlay de porcelana/cerámica en tres superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2644 Incrustación onlay de porcelana/cerámica en cuatro o más superficies: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2650 Incrustación inlay de compuesto a base de resina en una superficie, procesada en laboratorio: límite de 1 cada 60 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2651 Incrustación inlay de compuesto a base de resina en dos superficies, procesada en laboratorio: límite de 1 cada 60 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2652 Incrustación inlay de compuesto a base de resina en tres superficies, procesada en laboratorio: límite de 1 cada 60 meses <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>
D2662 Incrustación onlay de compuesto a base de resina en dos superficies, procesada en laboratorio: límite de 1 cada 60 meses
D2663 Incrustación onlay de compuesto a base de resina en tres superficies, procesada en laboratorio: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2664 Incrustación onlay de compuesto a base de resina en cuatro o más superficies, procesada en laboratorio: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2710 Corona de compuesto a base de resina, procesada en laboratorio: límite de 1 cada 60 meses
D2712 Corona de compuesto a base de resina 3/4, procesada en laboratorio: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2720 Corona de resina con metal de alta resistencia: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2721 Corona de resina con metal predominantemente común: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2722 Corona de resina con metal resistente: límite de 1 por diente cada 60 meses
D2740 Corona de porcelana/cerámica: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2750 Corona de porcelana fundida con metal de alta resistencia: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2751 Corona de porcelana fundida con metal predominantemente común: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2752 Corona de porcelana fundida con metal resistente: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2753 Corona de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2780 Corona de metal fundido de alta resistencia 3/4: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2781 Corona de metal fundido predominantemente común 3/4: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2782 Corona de metal fundido resistente 3/4: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2783 Corona de porcelana/cerámica 3/4: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis. No se autoriza si se realiza en un diente anterior.
D2790 Corona de metal fundido de alta resistencia completa: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2791 Corona de metal fundido predominantemente común completa: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2792 Corona de metal fundido resistente completa: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2794 Corona de titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 por diente cada 60 meses, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2932 Corona prefabricada de resina: límite de 1 por diente cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, incluidas coronas, puentes y prótesis
D2933 Corona prefabricada de acero inoxidable/ventana de resina: límite de 1 por diente cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años <b>(se proporcionará un beneficio alternativo)</b>

*Servicios de restauración mayores (continúa en la página siguiente)*

## Servicios de restauración mayores (cont.)

D2934 Corona prefabricada de acero inoxidable con revestimiento estético en diente primario: límite de 1 por diente cada 60 meses para pacientes, incluidas coronas, puentes y prótesis

D2950 Reconstrucción de núcleo, incluye pines: límite de 1 procedimiento de reconstrucción por diente cada 60 meses

D2952 Perno y núcleo además de corona, fabricados indirectamente: límite de 1 procedimiento de reconstrucción, por diente, cada 60 meses

D2954 Perno y núcleo, además de corona, prefabricados: límite de 1 procedimiento de reconstrucción, por diente, cada 60 meses

D2955 Extracción de pernos

D2971 Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que se ajuste debajo de la estructura de una prótesis dental parcial existente: límite de 1 cada 60 meses

D2980 Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración: límite de 1 cada 12 meses

D2981 Reparación de incrustación inlay necesaria por falla del material de restauración: límite de 1 cada 12 meses

D2982 Reparación de incrustación onlay necesaria por falla del material de restauración: límite de 1 cada 12 meses

D2983 Reparación de carilla estética necesaria por falla del material de restauración: límite de 1 cada 12 meses

D2990 Infiltración de resina en lesiones incipientes de superficie lisa

### Notas sobre los servicios de restauración mayores de clase C:

- Para fines de informes y beneficios, la fecha de finalización de las coronas es la fecha de cementación.
- Un implante es un procedimiento cubierto por el plan solo si se determina que es dentalmente necesario y el tratamiento adecuado menos costoso.
- Todos los principales servicios de restauración y prostodoncia (es decir, coronas, puentes, implantes y dentaduras postizas) se combinan bajo una limitación de reemplazo según el plan. Los beneficios para servicios de restauración y prostodoncia mayores se combinan y se limitan a uno cada 60 meses por diente o arco, según el servicio. Por ejemplo, si se pagan beneficios por una dentadura postiza parcial removible, esto incluye beneficios para reemplazar todos los dientes faltantes en el arco. No se considerarán beneficios adicionales para el arco hasta que se cumpla 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 contar para las restricciones de tiempo o frecuencia o las limitaciones de reemplazo establecidas en este seguro dental. (Por ejemplo, incluso si no se colocó una corona, un puente parcial, etc. mientras estaba cubierto por BCBS FEP Dental, o no fue pagado por BCBS FEP Dental, se pueden aplicar las restricciones de frecuencia).

## Servicios de endodoncia

D3310 Terapia endodóntica en diente anterior (excluyendo restauración final)

D3320 Terapia endodóntica en diente premolar (excluyendo restauración final)

D3330 Terapia endodóntica en molar (excluyendo restauración final)

D3346 Retratamiento de terapia endodóntica previa en diente anterior

D3347 Retratamiento de terapia endodóntica previa en premolar

D3348 Retratamiento de terapia endodóntica previa en molar

D3351 Apexificación/recalcificación, visita inicial (cierre apical/repación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)

D3352 Apexificación/recalcificación, reemplazo provisional de medicación (cierre apical/repación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)

D3353 Apexificación/recalcificación, visita final (incluye terapia endodóntica completa, cierre apical/repación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)

D3410 Apicectomía/cirugía perirradicular en diente anterior

D3421 Apicectomía/cirugía perirradicular en premolar (primera raíz)

D3425 Apicectomía/cirugía perirradicular en molar (primera raíz)

D3426 Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)

D3430 Empaste retrógrado, por raíz

D3450 Amputación de raíz, por raíz

D3471 Reparación quirúrgica de reabsorción radicular en diente anterior

D3472 Reparación quirúrgica de reabsorción radicular en premolar

D3473 Reparación quirúrgica de reabsorción radicular en molar

*Servicios de endodoncia (continúa en la página siguiente)*

### Servicios de endodoncia (cont.)

D3501 Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de reabsorción radicular en diente anterior

D3502 Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de reabsorción radicular en premolar

D3503 Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía ni reparación de reabsorción radicular en molar

D3920 Hemisección (incluida cualquier extracción de raíz), no incluye terapia endodóntica

D3921 Decoronación o inmersión de un diente erupcionado

### Servicios periodontales

D4210 Gingivectomía o gingivoplastia en cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante: límite de 1 cada 36 meses

D4211 Gingivectomía o gingivoplastia en uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante: límite de 1 cada 36 meses

D4212 Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso para procedimientos restaurativos, por diente: límite de 1 cada 36 meses

D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular, en cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante: límite de 1 cada 36 meses

D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular, en uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante: límite de 1 cada 36 meses

D4245 Colgajo colocado apicalmente: límite de 1 cada 36 meses, solo dientes permanentes

D4249 Alargamiento clínico de corona, tejido duro

D4260 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y su cierre) en cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante: límite de 1 cada 36 meses

D4261 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y su cierre) en uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados por dientes por cuadrante: límite de 1 cada 36 meses

D4263 Injerto de reemplazo óseo en diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante: límite de 1 cada 36 meses, solo dientes permanentes

D4264 Injerto de reemplazo óseo en diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante: límite de 1 cada 36 meses, solo dientes permanentes

D4268 Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente

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

D4273 Procedimientos de injerto autógeno de tejido conectivo, primer diente (incluido el sitio quirúrgico del donante y del receptor), ubicación del primer diente, implante o diente edéntulo en el injerto: límite de 1 cada 36 meses

D4274 Procedimiento de cuña mesial/distal, un solo diente (cuando no se realiza combinado con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica): límite de 1 cada 36 meses, solo dientes permanentes

D4275 Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el sitio del receptor y el material del donante), ubicación del primer diente, implante o diente edéntulo en el injerto: límite de 1 cada 36 meses

D4276 Injerto combinado de tejido conectivo y pedículo, por diente: límite de 1 cada 36 meses

D4277 Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante), ubicación del primer diente, implante o diente edéntulo en el injerto: límite de 1 cada 36 meses

D4278 Procedimiento de injerto libre de tejido blando (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante), ubicación de cada diente, implante o diente edéntulo contiguo adicional, en el mismo sitio del injerto: límite de 1 cada 36 meses

D4283 Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluidos los sitios quirúrgicos del donante y del receptor), ubicación de cada diente, implante o diente edéntulo contiguo adicional, en el mismo sitio del injerto: límite de 1 cada 36 meses

D4285 Procedimiento de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el sitio quirúrgico del receptor y el material del donante), ubicación de cada diente, implante o diente edéntulo contiguo adicional, en el mismo sitio del injerto: límite de 1 cada 36 meses

D4355 Desbridamiento dental completo para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal integral en una visita posterior: límite de 1 de por vida

D4999 Procedimiento periodontal no especificado, según informe

*Servicios periodontales (continúa en la página siguiente)*

## Servicios periodontales (cont.)

### Notas sobre los servicios periodontales de clase C:

Documentación de respaldo y criterios:

- Imágenes radiográficas de calidad diagnóstica de toda la boca o una imagen radiográfica panorámica que incluyen radiografías interproximales; etiquetadas y fechadas (dentro de los 12 meses posteriores al envío del procedimiento).
- Gráfico periodontal: gráfico de la profundidad de la bolsa periodontal de 6 puntos según lo descrito por la ADA y la AAP, etiquetado y fechado (dentro de los 12 meses posteriores al envío del procedimiento).
- Los dientes a tratar deben presentar bolsas de al menos 5 mm de profundidad.
- El procedimiento de colgajo gingival debe ser una superficie adyacente a un área de diente edéntulo/terminal.

La gingivectomía o gingivoplastia que se realiza combinada con servicios de restauración se considera que incluye a la restauración y no se reembolsará.

Alargamiento clínico de corona: Antes de la restauración final de un diente, se debe permitir un mínimo de seis semanas para la curación del hueso y el tejido blando después de un alargamiento clínico de corona.

## Servicios de prostodoncia

D5110 Prótesis dental maxilar completa: límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional.

D5120 Prótesis dental mandibular completa: límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se usa como prótesis dental provisional.

D5130 Prótesis dental maxilar inmediata: límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se usa como prótesis dental provisional.

D5140 Prótesis dental mandibular inmediata: límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se usa como prótesis dental provisional.

D5211 Prótesis dental maxilar parcial con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se usa como prótesis dental provisional.

D5212 Prótesis dental mandibular parcial con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional.

D5213 Prótesis dental maxilar parcial con estructura de metal fundido y base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses

D5214 Prótesis dental mandibular parcial con estructura de metal fundido y base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses

D5221 Prótesis dental maxilar parcial inmediata con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional.

D5222 Prótesis dental mandibular parcial inmediata con base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional.

D5223 Prótesis dental maxilar parcial inmediata con estructura de metal fundido y base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses

D5224 Prótesis dental mandibular parcial inmediata con estructura de metal fundido y base de resina (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses

D5225 Prótesis dental maxilar parcial con base flexible (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional.

D5226 Prótesis dental mandibular parcial con base flexible (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional.

D5227 Prótesis dental maxilar parcial inmediata con base flexible (incluidos ganchos, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional

D5228 Prótesis dental mandibular parcial inmediata con base flexible (incluidos ganchos, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses. No se autoriza si se utiliza como prótesis dental provisional.

D5282 Prótesis dental maxilar parcial unilateral removible de una sola pieza de metal fundido (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses

D5283 Prótesis dental mandibular parcial unilateral removible de una sola pieza de metal fundido (incluidos materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes): límite de 1 cada 60 meses

D5863 Sobredentadura maxilar completa: límite de 1 cada 60 meses **(se proporcionará un beneficio alternativo)**

*Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)*

## Servicios de prostodoncia (cont.)

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 Adición de una subestructura metálica a una prótesis dental completa de acrílico (por arco): límite de 1 cada 60 meses
D6010 Colocación quirúrgica de cuerpo de implante, implante endoóseo: límite de 1 por sitio cada 60 meses
D6012 Colocación quirúrgica de cuerpo de implante provisional para prótesis de transición, implante endoóseo: límite de 1 por sitio cada 60 meses
D6013 Colocación quirúrgica de miniimplante: límite de 1 por sitio cada 60 meses
D6040 Colocación quirúrgica de implante subperióstico: límite de 1 por sitio cada 60 meses
D6050 Colocación quirúrgica de implante transóseo: límite de 1 por sitio cada 60 meses
D6055 Barra de conexión soportada por implante o por 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 colocación: límite de 1 cada 60 meses
D6058 Corona soportada por pilar de porcelana/cerámica: límite de 1 cada 60 meses
D6059 Corona soportada por pilar de porcelana fundida con metal (metal de alta resistencia): límite de 1 cada 60 meses
D6060 Corona soportada por pilar de porcelana fundida con metal (metal predominantemente común): límite de 1 cada 60 meses
D6061 Corona soportada por pilar de porcelana fundida con metal (metal resistente): límite de 1 cada 60 meses
D6062 Corona soportada por pilar de metal fundido (metal de alta resistencia): límite de 1 cada 60 meses
D6063 Corona soportada por pilar de metal fundido (metal predominantemente común): límite de 1 cada 60 meses
D6064 Corona soportada por pilar de metal fundido (metal resistente): límite de 1 cada 60 meses
D6065 Corona soportada por implante de porcelana/cerámica: límite de 1 cada 60 meses
D6066 Corona soportada por implante de porcelana fundida con aleaciones de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses
D6067 Corona soportada por implante de aleaciones de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses
D6068 Retenedor soportado por pilar para FPD de porcelana/cerámica: límite de 1 cada 60 meses
D6069 Retenedor soportado por pilar para FPD de porcelana fundida con metal de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses
D6070 Retenedor soportado por pilar para FPD de porcelana fundida con metal predominantemente común: límite de 1 cada 60 meses
D6071 Retenedor soportado por pilar para FPD de porcelana fundida con metal resistente: límite de 1 cada 60 meses
D6072 Retenedor soportado por pilar para FPD de metal fundido de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses
D6073 Retenedor soportado por pilar para FPD de metal fundido predominantemente común: límite de 1 cada 60 meses
D6074 Retenedor soportado por pilar para FPD de metal fundido resistente: límite de 1 cada 60 meses
D6075 Retenedor soportado por implante para FPD de cerámica: límite de 1 cada 60 meses
D6076 Retenedor soportado por implante para FPD de porcelana fundida con aleaciones de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses
D6077 Retenedor soportado por implante para FPD de metal de aleaciones de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses
D6080 Procedimientos de mantenimiento de implantes: límite de 1 cada 60 meses
D6082 Corona soportada por implante de porcelana fundida con aleaciones predominantemente comunes: límite de 1 cada 60 meses
D6083 Corona soportada por implante de porcelana fundida con aleaciones resistentes: límite de 1 cada 60 meses
D6084 Corona soportada por implante de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses
D6086 Corona soportada por implante de aleaciones predominantemente comunes: límite de 1 cada 60 meses
D6087 Corona soportada por implante de aleaciones resistentes: límite de 1 cada 60 meses
D6088 Corona soportada por implante de titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses
D6089 Acceso y reajuste de tornillos de implante sueltos, por tornillo: límite de 1 cada 12 meses
D6090 Reparación de prótesis de implantes: límite de 1 cada 60 meses
D6091 Reemplazo de pieza reemplazable de fijación de precisión o semiprecisión de prótesis soportada por implante/pilar, por fijación: límite de 1 cada 60 meses
D6092 Recementado o readhesión de corona soportada por implante/pilar: límite de 1 cada 60 meses
D6093 Recementado o readhesión de prótesis dental parcial fija soportada por implante/pilar: límite de 1 cada 60 meses
D6094 Corona soportada por pilar de titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses

*Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)*

## Servicios de prostodoncia (cont.)

D6095 Reparación de pilar de implante, según informe: límite de 1 cada 60 meses
D6097 Corona soportada por pilar de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses
D6098 Retenedor soportado por implante de porcelana fundida con aleaciones predominantemente comunes: límite de 1 cada 60 meses
D6099 Retenedor soportado por implante para FPD de porcelana fundida con aleaciones resistentes: límite de 1 cada 60 meses
D6100 Extracción quirúrgica de cuerpo de implante: límite de una vez por ubicación de implante
D6101 Desbridamiento de un defecto periimplantario o defectos que rodean un solo implante y limpieza de las superficies expuestas del implante, incluye ingreso y cierre de colgajo: límite de 1 de por vida
D6102 Desbridamiento y contorneado óseo de un defecto o defectos periimplantarios que rodean un solo implante, incluye limpieza de las superficies expuestas del implante y el ingreso y cierre de colgajo: límite de 1 de por vida
D6103 Injerto óseo para reparación de defecto periimplantario, no incluye ingreso y cierre de colgajo: límite de 1 cada 36 meses
D6104 Injerto óseo en el momento de la colocación del implante: límite de 1 cada 36 meses
D6105 Extracción de cuerpo de implante que no requiere extracción de hueso ni elevación de colgajo: límite de una vez por ubicación del implante
D6106 Regeneración tisular guiada, barrera reabsorbible, por implante: límite de 1 cada 36 meses
D6107 Regeneración tisular guiada, barrera no reabsorbible, por implante: límite de 1 cada 36 meses
D6110 Prótesis dental maxilar removible soportada por implante/pilar para arco edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6111 Prótesis dental mandibular removible soportada por implante/pilar para arco edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6112 Prótesis dental maxilar removible soportada por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6113 Prótesis dental mandibular removible soportada por implante/pilar para arco edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6114 Prótesis dental maxilar fija soportada por implante/pilar para arco edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6115 Prótesis dental mandibular fija soportada por implante/pilar para arco edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6116 Prótesis dental maxilar fija soportada por implante/pilar para arco parcialmente edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6117 Prótesis dental mandibular fija soportada por implante/pilar para arco edéntulo: límite de 1 cada 60 meses
D6120 Retenedor soportado por implante de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses
D6121 Retenedor soportado por implante para FPD de metal de aleaciones predominantemente comunes: límite de 1 cada 60 meses
D6122 Retenedor soportado por implante para FPD de metal de aleaciones resistentes: límite de 1 cada 60 meses
D6123 Retenedor soportado por implante para FPD de metal de titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses
D6190 Índice de implante radiográfico/quirúrgico, según informe: límite de 1 cada 60 meses
D6191 Colocación de pilar de semiprecisión: límite de 1 cada 60 meses
D6192 Colocación de fijación de semiprecisión: límite de 1 cada 60 meses
D6194 Corona de retenedor soportada por pilar para FPD de titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses
D6195 Retenedor soportado por pilar de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses
D6205 Póntico de compuesto indirecto a base de resina: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6210 Póntico de metal fundido de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6211 Póntico de metal fundido predominantemente común: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6212 Póntico de metal fundido resistente: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6214 Póntico de titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6240 Póntico de porcelana fundida con metal de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6241 Póntico de porcelana fundida con metal predominantemente común: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6242 Póntico de porcelana fundida con metal resistente: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6243 Póntico de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6245 Póntico de porcelana/cerámica: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6250 Póntico de resina con metal de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6251 Póntico de resina con metal predominantemente común: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis
D6252 Póntico de resina con metal resistente: límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes y prótesis

*Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)*

## Servicios de prostodoncia (cont.)

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

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

D6549 Retenedor de resina para prótesis fija adherida con resina: límite de 1 cada 60 meses

D6600 Incrustación inlay de porcelana/cerámica en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses **(se proporcionará un beneficio alternativo)**

D6601 Incrustación inlay de retenedor de porcelana/cerámica en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses **(se proporcionará un beneficio alternativo)**

D6602 Incrustación inlay de retenedor de metal fundido de alta resistencia en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6603 Incrustación inlay de retenedor de metal fundido de alta resistencia en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6604 Incrustación inlay de retenedor de metal fundido predominantemente común en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6605 Incrustación inlay de retenedor de metal fundido predominantemente común en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6606 Incrustación inlay de retenedor de metal fundido resistente en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6607 Incrustación inlay de retenedor de metal fundido resistente en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6608 Incrustación onlay de retenedor de porcelana/cerámica en dos o más superficies: límite de 1 cada 60 meses **(se proporcionará un beneficio alternativo)**

D6609 Incrustación onlay de retenedor de porcelana/cerámica en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses **(se proporcionará un beneficio alternativo)**

D6610 Incrustación onlay de retenedor de metal fundido de alta resistencia en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6611 Incrustación onlay de retenedor de metal fundido de alta resistencia en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6612 Incrustación onlay de retenedor de metal fundido predominantemente común en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6613 Incrustación onlay de retenedor de metal fundido predominantemente común en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6614 Incrustación onlay de retenedor de metal fundido resistente en dos superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6615 Incrustación onlay de retenedor de metal fundido resistente en tres o más superficies: límite de 1 cada 60 meses

D6624 Incrustación inlay en retenedor de titanio: límite de 1 cada 60 meses

D6634 Incrustación onlay en retenedor de titanio: límite de 1 cada 60 meses

D6710 Corona de retenedor de compuesto indirecto a base de resina: límite de 1 cada 60 meses

D6720 Corona de retenedor de resina con metal de alta resistencia: límite de 1 por diente cada 60 meses

D6721 Corona de retenedor de resina con metal predominantemente común: límite de 1 cada 60 meses

D6722 Corona de retenedor de resina con metal de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses

D6740 Corona de retenedor de porcelana/cerámica: límite de 1 cada 60 meses

D6750 Corona de retenedor de porcelana fundida con metal de alta resistencia: límite de 1 cada 60 meses

D6751 Corona de retenedor de porcelana fundida con metal predominantemente común: límite de 1 cada 60 meses

D6752 Corona de retenedor de porcelana fundida con metal resistente: límite de 1 cada 60 meses

D6753 Corona de retenedor de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses

D6780 Corona de retenedor de metal fundido de alta resistencia 3/4: límite de 1 cada 60 meses

D6781 Corona de retenedor de metal fundido predominantemente común 3/4: límite de 1 cada 60 meses

D6782 Corona de retenedor de metal fundido resistente 3/4: límite de 1 cada 60 meses

D6783 Corona de retenedor de porcelana/cerámica 3/4: límite de 1 cada 60 meses

D6784 Corona de retenedor de titanio y aleaciones de titanio 3/4: límite de 1 cada 60 meses

D6790 Corona de retenedor de metal fundido de alta resistencia completa: límite de 1 cada 60 meses

D6791 Corona de retenedor de metal fundido predominantemente común completa: límite de 1 cada 60 meses

D6792 Corona de retenedor de metal fundido resistente completa: límite de 1 cada 60 meses

D6794 Corona de retenedor de titanio y aleaciones de titanio: límite de 1 cada 60 meses

D7994 Colocación quirúrgica de implante cigomático: límite de 1 por diente cada 60 meses

D9932 Limpieza e inspección de prótesis dental maxilar completa removible: límite de 3 veces por año calendario

D9933 Limpieza e inspección de prótesis dental mandibular completa removible: límite de 3 veces por año calendario

*Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)*

---

## Servicios de prostodoncia (cont.)

---

D9934 Limpieza e inspección de prótesis dental maxilar parcial removible: límite de 3 veces por año calendario

---

D9935 Limpieza e inspección de prótesis dental mandibular parcial removible: límite de 3 veces por año calendario

---

### Notas sobre los servicios mayores de clase C:

- Para fines de informes y beneficios, la fecha de finalización de prótesis dentales parciales fijas es la fecha de cementación. La fecha de finalización es la fecha de inserción de los aparatos de prótesis removibles. Para dentaduras postizas inmediatas, el dentista que fabricó la dentadura postiza puede recibir un reembolso por el servicio después de que otro dentista haga la inserción (por ejemplo, un cirujano oral).
- Todos los principales servicios de restauración y prostodoncia (es decir, coronas, puentes, implantes y dentaduras postizas) se combinan bajo una limitación de reemplazo según el plan. Los beneficios para servicios de restauración y prostodoncia mayores se combinan y se limitan a uno cada 60 meses por diente o arco, según el servicio. Por ejemplo, si se pagan beneficios por una dentadura postiza parcial removible, esto incluye beneficios para reemplazar todos los dientes faltantes en el arco. No se considerarán beneficios adicionales para el arco hasta que se cumpla 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 contar para las restricciones de tiempo o frecuencia o las limitaciones de reemplazo establecidas en este seguro dental. (Por ejemplo, incluso si no se colocó una corona, un puente parcial, etc. Mientras estaba cubierto por BCBS FEP Dental, o no fue pagado por BCBS FEP Dental, se pueden aplicar las restricciones de frecuencia).

---

## Cirugía oral

---

D7340 Vestibuloplastia, extensión de cresta (epitelización secundaria)

---

D7350 Vestibuloplastia, extensión de cresta (incluidos injertos de tejido blando, re inserción de músculos, revisión de la inserción de tejidos blandos y tratamiento de tejido hipertrofiado e hiperplásico)

---

## Servicios no cubiertos

---

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

---

## Clase D, ortodoncia

### Consideraciones importantes sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan solo cuando determinamos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados.
- No hay deducible por año calendario.
- Pagamos el 50 % de la asignación del plan hasta el máximo de por vida. El máximo de por vida para servicios de ortodoncia (alineadores transparentes o brackets tradicionales) depende de la opción en la que se inscriba y si elige recibir servicios de un dentista dentro de la red. Si está cubierto por la opción alta, el máximo de por vida es de \$3,500. Sin embargo, la asignación del plan (consulte la página 16) depende del estado de participación del dentista. Si está inscrito en la opción estándar, el máximo de por vida para servicios prestados por un dentista dentro de la red es de \$2,500 y, para servicios prestados por un dentista fuera de la red, el máximo de por vida es de \$1,250. Sus gastos de su bolsillo serán mayores cuando utilice un dentista fuera de la red.
- En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$2,500 en beneficios de ortodoncia bajo la opción estándar.
- El beneficio por la colocación inicial no excederá el 25 % del monto del beneficio máximo de por vida para el aparato. Todos los pagos posteriores se realizarán en cuotas iguales prorrateadas sobre el saldo de un período máximo de 29 meses. Si su cobertura acaba, se terminarán todos los pagos de beneficios de ortodoncia.
- Los servicios cubiertos se limitan al cargo máximo permitido según lo determinado por el plan y están sujetos a beneficios alternativos, coseguro, límites máximos de beneficios y otras limitaciones descritas en este documento del plan.
- Cubrimos tratamientos de ortodoncia tradicional (brackets) así como alineadores transparentes. Para determinar qué es más rentable, recomendamos una estimación previa al tratamiento.
- El monto permitido se basa en el tratamiento de ortodoncia y no garantiza que se pagará el máximo de por vida en un solo tratamiento. Si el tratamiento de ortodoncia ya está en curso al momento de la elegibilidad, el beneficio de ortodoncia se prorrateará según la cantidad de meses restantes en el plan de tratamiento hasta el máximo de por vida.
- La cobertura para el examen de ortodoncia y las imágenes radiográficas previo al tratamiento se puede permitir si se realizan más de 3 meses antes de la colocación inicial del aparato.
- La aplicación de la disposición de acceso limitado no generará pagos adicionales según el plan de ortodoncia de la opción alta.
- La siguiente es una lista completa de servicios cubiertos.

### Usted paga:

#### Opción alta

- **Dentro de la red:** Pagamos el 50 % de la asignación del plan hasta el máximo vitalicio. Usted es responsable de todos los cargos que excedan el máximo vitalicio.
- **Fuera de la red:** Pagamos el 50 % de la asignación del plan hasta el máximo vitalicio y cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

#### Opción estándar

- **Dentro de la red:** Pagamos el 50 % de la asignación del plan hasta el máximo vitalicio. Usted es responsable de todos los cargos que excedan el máximo vitalicio.
- **Fuera de la red:** Pagamos el 50 % de la asignación del plan hasta el máximo vitalicio y cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

## Servicios de ortodoncia

D0340 Imagen radiográfica cefalométrica 2D, captación, medición y análisis: se puede permitir si se realiza más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia

D0350 Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida intraoralmente o extraoralmente: se puede permitir si se realiza más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia

D0470 Modelos de diagnóstico: se pueden permitir si se realizan más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia

D0801 Escaneo 3D directo de la superficie dental: se puede permitir si se realiza más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia

D0802 Escaneo 3D indirecto de la superficie dental: se puede permitir si se realiza más de 3 meses antes del inicio del tratamiento de ortodoncia

D7283 Colocación de dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado: 1 cobertura de por vida

D8010 Tratamiento de ortodoncia limitada de la dentición primaria

D8020 Tratamiento de ortodoncia limitada de la dentición de transición

D8030 Tratamiento de ortodoncia limitada de la dentición adolescente

D8040 Tratamiento de ortodoncia limitada de la dentición adulta

D8070 Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición

D8080 Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente

D8090 Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adulta

D8210 Terapia con aparatos removibles

D8220 Terapia con aparatos fijos

D8660 Examen previo al tratamiento de ortodoncia para controlar crecimiento y desarrollo

D8670 Visita periódica de tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato): pagos mensuales realizados automáticamente si se cuenta con un plan de tratamiento de ortodoncia

D8681 Ajuste del retenedor de ortodoncia removible

## 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 extraviados
- Servicios para alterar la dimensión vertical o restaurar o mantener la oclusión Dichos procedimientos incluyen, entre otros, equilibrado, ferulización periodontal, rehabilitación bucal completa y restauración de dientes desalineados.
- Tratamientos de ortodoncia de venta libre o por correo

## Servicios generales

### Consideraciones importantes sobre estos beneficios:

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto y se pagan solo cuando determinamos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales de práctica dental ampliamente aceptados.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red.
- Si elige utilizar un dentista fuera de la red, la opción Estándar tiene un deducible de \$75 por persona; la opción Alta tiene un deducible de \$50 por persona. Ninguna opción tiene un deducible familiar; cada persona cubierta inscrita debe cubrir su propio deducible.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia, el beneficio máximo anual de la opción Alta es cero, y es \$3000 para los servicios fuera de la red.
- Para los servicios dentro de la red que no sean de ortodoncia el beneficio máximo anual de la opción Estándar es \$1500 y es \$750 para los servicios fuera de la red. En ningún caso, BCBS FEP Dental permitirá más de \$1500 en beneficios combinados bajo la opción Estándar en cualquier año del plan.
- Todos los servicios que requieren más de una visita se pagan una vez que se completan todas las visitas.
- La siguiente es una lista completa de servicios cubiertos.

### Usted paga:

#### Opción alta

- **Dentro de la red:** No deducible; usted paga el 30 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** \$50 de deducible; usted paga el 40 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

#### Opción estándar

- **Dentro de la red:** No deducible; usted paga el 45 % de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan.
- **Fuera de la red:** \$75 de deducible; usted paga el 60% de la asignación del plan por los servicios cubiertos según lo define el plan, sujeto a los máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y el monto facturado.

## Servicios de anestesia

D9219 Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general

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

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

D9230 Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis: para niños de 5 años y menos y otras personas con una afección médica que lo requiera

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

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

## Medicamentos

D9610 Fármaco terapéutico parenteral, administración única, según informe

D9612 Fármacos terapéuticos parenterales, dos o más administraciones, medicamentos distintos

D9613 Infiltración de fármaco terapéutico de liberación sostenida, por cuadrante

### Servicios posquirúrgicos

D9930 Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas) en circunstancias inusuales, según informe

### Servicios misceláneos

D9941 Fabricación de protector bucal deportivo: límite de 1 cada 12 meses

D9943 Ajuste de protector oclusal: límite de 1 cada 6 meses para pacientes de 13 años o más

D9944 Protector oclusal, aparato duro de arco completo: límite de 1 cada 12 meses para pacientes de 13 años o más

D9945 Protector oclusal, aparato blando de arco completo: límite de 1 cada 12 meses para pacientes de 13 años o más

D9946 Protector oclusal, aparato duro de arco parcial: límite de 1 cada 12 meses para pacientes de 13 años o más

D9974 Blanqueamiento interno, por diente

D9999 Procedimiento complementario no especificado, según informe

#### Notas sobre los servicios generales:

- Se cubre la sedación profunda/anestesia general y la sedación intravenosa cuando se administran combinadas con procedimientos quirúrgicos cubiertos. Un dentista autorizado y aprobado para administrar anestesia en el estado donde se administra debe prestar los servicios.
- Se cubre la sedación profunda/anestesia general y la sedación intravenosa cuando se determine que son médica o dentalmente necesarias para casos documentados de pacientes con discapacidades o que no se pueden controlar, o afecciones justificables.
- Para cubrir la sedación profunda/anestesia general y la sedación consciente intravenosa, el envío debe incluir el procedimiento para el cual fue necesaria.

### 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 los beneficios, sujetos a las disposiciones del plan, por un monto igual al porcentaje cubierto por los cargos en los que usted haya incurrido. Usted es responsable de pagarle al dentista y de enviar sus reclamos a BCBS FEP Dental. Le reembolsaremos en dólares estadounidenses según el tipo de conversión de moneda de OANDA.

### **Búsqueda de dentistas internacionales**

Puede visitar a cualquier dentista y recibirá beneficios dentro de la red por cualquier beneficio cubierto que reciba internacionalmente. 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, los 7 días de la semana, para ayudarlo a programar una cita.

Para obtener ayuda para ubicar un dentista que hable inglés, puede llamar las 24 horas del día (código de llamada saliente para el país desde el que llama) más el número 353-94-9372257. Si llama desde Irlanda, presione 0-94-9372257.

Servicio de atención al cliente (en EE. UU.) 1-855-504-BLUE (2583)

Llamada por cobrar de servicio de atención al cliente (internacional) 651-994-2583

### **Presentación de reclamos internacionales**

Usted es responsable de pagarle al dentista y de enviar los reclamos a BCBS FEP Dental para obtener un reembolso. Se puede acceder al formulario de reclamos en línea en [www.bcbsfepdental.com/claimform](http://www.bcbsfepdental.com/claimform). Envíe el formulario de reclamo completado y el recibo a:

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

### **Tarifas internacionales**

Hay un área de clasificación para todas las ubicaciones internacionales. Utilice el área de clasificación 1 en la tabla de tarifas para encontrar los montos de las primas internacionales.

---

## Sección 7: exclusiones generales, lo que no cubrimos

---

Las exclusiones de esta sección se aplican a todos los beneficios. **Aunque podemos incluir un servicio específico como beneficio, no lo cubriremos a menos que determinemos que es necesario para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta.**

No cubrimos lo siguiente:

- servicios y tratamientos no recetados por un dentista o bajo su supervisión directa, excepto en aquellos estados donde a los higienistas dentales se les permite ejercer sin la supervisión de un dentista. En estos estados, pagaremos los servicios cubiertos elegibles que proporcione un higienista dental autorizado que actúe dentro del alcance de su licencia y la ley estatal aplicable;
- servicios y tratamientos que sean experimentales o de investigación;
- servicios y tratamientos que sean para cualquier enfermedad o lesión corporal que ocurra en el curso del trabajo si hay un beneficio o indemnización disponible, en su totalidad o en parte, según lo dispuesto por cualquier ley o reglamento o cualquier unidad gubernamental. Esta exclusión se aplica independientemente de que usted reclame o no los beneficios o la indemnización;
- servicios y tratamientos recibidos de un departamento médico o dental mantenido por o en nombre de un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomiso, hospital de VA o persona o grupo similar;
- servicios y tratamientos que se realicen antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura;
- servicios y tratamientos incurridos después de la fecha de terminación de su cobertura, a menos que se indique lo contrario;
- servicios y tratamientos que no sean dentalmente necesarios o que no cumplan con los estándares de práctica dental generalmente aceptados;
- servicios y tratamientos resultantes de su incumplimiento del tratamiento prescrito profesionalmente;
- cualquier cargo por no asistir a una cita programada;
- cualquier servicio que se considere de naturaleza estrictamente cosmética, incluidos, entre otros, cargos por personalización o caracterización de aparatos protésicos;
- servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (TDM);
- servicios o tratamientos proporcionados como resultado de una lesión o enfermedad autoinfligida intencionalmente;
- servicios o tratamientos proporcionados como consecuencia de lesiones sufridas al cometer o intentar cometer un delito grave, ejercer una ocupación ilegal o participar en un motín, rebelión o insurrección;
- cargos por control de infecciones en la oficina;
- cargos por copias de sus registros, gráficos o imágenes radiográficas, o cualquier costo asociado con el reenvío/envío por correo de copias de sus registros, historia clínica o imágenes radiográficas;
- impuestos estatales o territoriales sobre los servicios dentales realizados;
- servicios enviados por un dentista que sean los mismos servicios realizados en la misma fecha para el mismo miembro por otro dentista;
- servicios prestados sin cargo por cualquier unidad gubernamental, excepto cuando esta exclusión esté prohibida por ley;
- servicios por los cuales el afiliado no tendría obligación de pagar en ausencia de esta o cualquier cobertura similar;
- servicios que sean para procedimientos y técnicas especializadas;
- servicios prestados por un dentista que recibe compensación de un centro para servicios cubiertos similares prestados a los miembros;
- dispositivos, aparatos y servicios duplicados, provisionales y temporales;

- programas de control de placa, instrucción sobre higiene bucal e instrucciones dietéticas;
- servicios para alterar la dimensión vertical o restaurar o mantener la oclusión Dichos procedimientos incluyen, entre otros, equilibrado, ferulización periodontal, rehabilitación bucal completa y restauración de dientes desalineados;
- restauraciones con láminas de oro;
- 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 pagadero conforme a un plan o póliza de seguro de vehículos motorizados, incluido un plan de autoseguro certificado;
- tratamientos o servicios por lesiones resultantes de guerra o acto de guerra, ya sea declarada o no declarada, o del servicio policial o militar para cualquier país u organización;
- costos hospitalarios o cualquier tarifa adicional que el dentista o el hospital cobre por el tratamiento en el hospital (paciente hospitalizado o ambulatorio);
- cargos por parte del dentista por completar formularios dentales;
- ajuste de una prótesis dental o puente realizado dentro de los 6 meses posteriores a la instalación por el mismo dentista que la instaló;
- uso de material o dispositivos de asistencia sanitarios domiciliarios para prevenir las caries, como pasta de dientes, geles de flúor, hilo dental y blanqueadores dentales;
- procedimientos de imágenes de haz cónico y resonancia magnética de haz cónico;
- selladores para dientes que no sean el 1.er y 2.º molar permanente;
- fijación de precisión, personalización, bases de metales preciosos y otras técnicas especializadas;
- reemplazo de prótesis dentales perdidas, robadas o extraviadas;
- reparación de aparatos de ortodoncia dañados;
- reemplazo de aparatos perdidos o extraviados;
- blanqueamiento externo;
- se excluye el óxido nitroso para personas mayores de 5 años que no presenten una afección médica que lo requiera;
- sedación oral;
- centro de medicamentos tópicos;
- injertos óseos cuando se realicen en relación con extracciones, apicectomías o implantes no cubiertos/no elegibles;
- restauración terapéutica provisional (primaria);
- carillas estéticas;
- prueba de nivel de glucosa en sangre (en el consultorio, utilizando un medidor de glucosa);
- duplicados o copias de los registros del paciente;
- cuando se envían dos o más servicios y los servicios se consideran parte del mismo servicio, pagaremos el servicio más integral (el servicio que incluye al otro servicio) según lo determine BCBS FEP Dental;
- cuando dos o más servicios se envían el mismo día y los servicios se consideran mutuamente excluyentes (cuando un servicio contradice la necesidad del otro), pagaremos por el servicio que represente el tratamiento final según lo determinado por este plan;
- terapia endodóntica incompleta, un diente inoperable, irrecuperable o fracturado no es un servicio cubierto.

---

## Sección 8: presentación de reclamos y procesos de reclamos en disputa

---

### Cómo presentar un reclamo por servicios cubiertos

Para evitar demoras en el pago de sus reclamos dentales, pídale a su dentista que los envíe directamente a su plan del FEHB (si está inscrito) y luego a BCBS FEP Dental. Las estimaciones previas al tratamiento y las radiografías periapicales preoperatorias o imágenes panorámicas de calidad diagnóstica se pueden enviar directamente a BCBS FEP Dental (excepción: si ocurre una lesión accidental, se deben enviar las estimaciones previas al tratamiento a su plan del FEHB).

Si necesita enviar un reclamo, puede descargar un formulario de reclamo del sitio web de BCBS FEP Dental, [www.bcbsfedental.com](http://www.bcbsfedental.com)

Envíe el formulario de reclamo completado a:

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

### Fecha límite para presentar su reclamo

Debe enviar su reclamo y cualquier documentación solicitada dentro de los 24 meses siguientes a la fecha en que se prestó el servicio.

### Proceso de reclamos en disputa

#### Descripción de los pasos

1. Pídanos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Debe incluir cualquier información pertinente omitida en la presentación del reclamo inicial y enviarnos su prueba adicional dentro de los 60 días a partir de la fecha de nuestra determinación. Los servicios no cubiertos no califican para el proceso de reclamos en disputa.

2. Puede enviar su solicitud de reconsideración por correo a:

BCBS FEP Dental Claims Appeals  
P.O. Box 551  
Minneapolis, MN 55440-0551

O visitar [www.bcbsfedental.com/contactus](http://www.bcbsfedental.com/contactus)

Revisaremos su solicitud y le brindaremos una explicación escrita o electrónica de la determinación de beneficios dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud.

3. Si no está de acuerdo con la decisión con respecto a su solicitud de reconsideración, puede solicitar una segunda revisión de la denegación dentro de los 60 días a partir de la fecha de nuestra determinación. Debe enviarnos su solicitud por escrito a la dirección que se muestra arriba junto con cualquier información adicional que usted o su dentista puedan presentar para fundamentar su reclamo para que podamos reconsiderar nuestra decisión. De no hacerlo, se descalificará la apelación de su reclamo.

4. Si no está de acuerdo con nuestra decisión final, bajo ciertas circunstancias, puede solicitar que un tercero independiente, acordado mutuamente por BCBS FEP Dental y la OPM, revise la decisión. Para calificar para esta revisión de un tercero independiente, el motivo de la denegación debe basarse en nuestra determinación de que la justificación para el procedimiento no cumplió con nuestros criterios de necesidad dental o nuestra administración de la disposición de beneficios alternativos del plan, por ejemplo, que se coloque un puente si hay un beneficio alternativo de una prótesis dental parcial. Debe presentar la apelación por escrito a BCBS FEP Dental dentro de los 60 días a partir de la fecha de nuestra determinación.

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 del FEDVIP no otorga a la OPM un rol de revisión de 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 usamos en este folleto

---

<b>Afiliado</b>	El empleado o pensionado federal o la persona elegible para TRICARE inscrito en este plan.
<b>Año calendario</b>	Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. También conocido como año del plan.
<b>Asignación de la red</b>	Asignación de la red significa la asignación por procedimiento que BCBS FEP Dental ha negociado con el dentista y este ha acordado aceptar como pago total.
<b>Asignación del plan</b>	El monto que utilizamos para determinar nuestro pago por servicios. Si los servicios los brinda un dentista dentro de la red, la asignación se basa en la tarifa negociada que acepta como pago total. Si los servicios los brinda un dentista fuera de la red, la asignación del plan se basa en la asignación del plan fuera de la red.
<b>BENEFEDS</b>	El sistema de inscripción y administración de primas del FEDVIP.
<b>Beneficio alternativo</b>	Si determinamos que su dentista podría haber realizado un servicio menos costoso que el realizado, pagaremos los beneficios en función de los servicios menos costosos. Consulte la sección 3: cómo obtener atención.
<b>Beneficio máximo anual</b>	El beneficio anual máximo que un miembro puede recibir.
<b>Beneficios</b>	Servicios cubiertos o pago por servicios cubiertos a los que tienen derecho los afiliados y los familiares cubiertos en la medida prevista en este folleto.
<b>Copago</b>	Un copago es un monto fijo de dinero que usted le paga al dentista cuando recibe el servicio.
<b>Coseguro</b>	El coseguro es el porcentaje indicado de los gastos cubiertos que debe pagar.
<b>Familiar persona elegible para TRICARE (TEI)</b>	Los familiares TEI incluyen al cónyuge del patrocinador, viuda que no se ha vuelto a casar, viudo que no se ha vuelto a casar, hijos solteros y ciertas personas solteras que un tribunal haya asignado bajo la custodia legal del patrocinador. Los hijos incluyen hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos preadoptivos. Los hijos y las personas solteras dependientes deben tener menos de 21 años si no son estudiantes o menos de 23 años si son estudiantes de tiempo completo o deben ser incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad mental o física.
<b>Familiar persona elegible para TRICARE (TEI) certificado</b>	En circunstancias en las que un patrocinador no sea un afiliado, un familiar TEI puede aceptar la responsabilidad de autocertificarse como afiliado e inscribir a los familiares TEI.
<b>Fecha del servicio</b>	La fecha calendario en la que usted visita el consultorio del dentista y se prestan los servicios.
<b>FEDVIP</b>	Programa de Seguro Dental y Oftalmológico para Empleados Federales.
<b>Incurrir/incurrido</b>	Un servicio cubierto se considera incurrido en la fecha en que se recibe la atención, el tratamiento o el servicio.
<b>Nosotros</b>	BCBS FEP Dental
<b>Patrocinador</b>	Generalmente, un patrocinador se refiere a la persona que es elegible para recibir beneficios médicos o dentales según el capítulo 55 del título 10 USC, en función de su afiliación directa con los servicios uniformados (incluidos miembros militares de la Guardia Nacional y las Reservas).
<b>Pensionados</b>	Jubilados federales (que se jubilaron con una pensión inmediata) y sobrevivientes (de aquellos que se jubilaron con una pensión inmediata o fallecieron en el servicio) que reciben una pensión. Esto también incluye a aquellos que reciben una indemnización de la Oficina de Programas de Indemnización para Trabajadores, perteneciente al Departamento de Trabajo, a quienes se les llama indemnizados. A los pensionados a veces se les llama jubilados.

<b>Período de espera</b>	La cantidad de tiempo que debe estar inscrito en este plan antes de poder recibir servicios. Nota: No hay períodos de espera para BCBS FEP Dental.
<b>Plan</b>	BCBS FEP Dental
<b>Procedimiento cosmético</b>	Un procedimiento cosmético es cualquier procedimiento o parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar la apariencia física o con fines psicológicos.
<b>Protocolos dentales generalmente aceptados</b>	Un protocolo dental generalmente aceptado significa que un servicio o tratamiento dental se realiza de acuerdo con los estándares de práctica nacionales ampliamente aceptados, según lo determinado a partir de varias fuentes, incluidas, entre otras, investigaciones dentales clínicas relevantes de varias organizaciones de investigación, como escuelas de odontología, planes de atención estándar de escuelas de odontología y grupos dentales organizados, incluida la Asociación Dental Americana, que son necesarios para tratar caries, enfermedades o lesiones de los dientes, o esenciales para el cuidado de los dientes y los tejidos de soporte de estos.
<b>Servicios cubiertos</b>	Los servicios cubiertos incluirán solo aquellos servicios específicamente enumerados en la sección 5: servicios y suministros dentales. Se debe incurrir y completar un servicio cubierto mientras la persona que lo recibe tenga cobertura. Los servicios cubiertos están sujetos a las disposiciones del plan sobre exclusiones y limitaciones y deben cumplir con los estándares de práctica nacionales ampliamente aceptados.
<b>Servicios de clase A</b>	Servicios básicos, que incluyen exámenes orales, profilaxis, evaluaciones diagnósticas, selladores e imágenes radiográficas.
<b>Servicios de clase B</b>	Servicios intermedios, que incluyen procedimientos restaurativos como empastes, coronas prefabricadas de acero inoxidable, raspado periodontal y alisado radicular, extracciones y ajustes de prótesis dentales.
<b>Servicios de clase C</b>	Servicios mayores, que incluyen servicios de endodoncia como endodoncias, servicios periodontales, como gingivectomía, servicios de restauración mayor como coronas, cirugía oral, puentes y servicios de prótesis, como prótesis dentales completas.
<b>Servicios de clase D</b>	Servicios de ortodoncia.
<b>Tratamiento en curso</b>	Servicios dentales que se iniciaron en 2023 y que se completarán en 2024.
<b>Usted</b>	Afiliado o familiar elegible.

---

## Descuentos

---

### Ahorre con los descuentos de Blue365®

BCBS FEP Dental presenta Blue365, un programa que brinda fácil acceso a productos y servicios de salud y bienestar de primer nivel para ayudar a los miembros a construir un camino para vivir una vida saludable. Con Blue365, los miembros obtienen acceso a más de 90 descuentos cuidadosamente seleccionados de marcas líderes, y no hay límite en la cantidad de ofertas que un miembro puede canjear. Existen muchas ofertas disponibles y constantemente se agregan nuevas, que incluyen:

- **Ejercicio:** obtenga el apoyo que necesita para alcanzar sus objetivos de ejercicio con ofertas en dispositivos portátiles, indumentaria, equipos de gimnasio en casa, clases de ejercicios virtuales y acceso presencial a gimnasios.
- **Ojos y oídos saludables:** entre reemplazar audífonos y corregir su visión, cuidar sus ojos y oídos puede volverse costoso rápidamente. Blue365 ofrece hasta un 60 % de descuento en audífonos, descuentos en cirugía LASIK y más.
- **Hogar y familia:** su hogar y su familia pueden influir en su bienestar mental, físico, emocional y financiero. Blue365 ofrece descuentos en vitaminas y suplementos premium, seguros para mascotas, servicios de fertilidad, productos para nuevos padres, ofertas financieras, salud familiar y más.
- **Nutrición:** Blue365 ofrece una variedad de ofertas que lo ayudarán a comer bien. Elija entre suscripciones a kits de comida, platos principales preparados por chefs, planes de control de peso y más.
- **Cuidado personal:** un poco de cuidado personal puede ser de gran ayuda para mejorar su salud mental. Blue365 ofrece descuentos exclusivos en productos para el cuidado de la piel, productos para el cuidado bucal, kits de blanqueamiento dental, suscripciones de mindfulness y mucho más.
- **Viajes:** a veces, unas vacaciones son todo lo que se necesita para escapar del estrés y reiniciar. Blue365 hace que las escapadas familiares sean más asequibles mediante descuentos para alojamiento, alquiler de automóviles y paquetes de vacaciones.

Cada semana, los miembros de Blue365 pueden recibir excelentes ofertas de salud y bienestar por correo electrónico. Con Blue365, no debe completar ningún papeleo. Simplemente visite <http://www.bcbsfedental.com/additional-discounts> y seleccione "Visit Blue365 deals" (Visitar las ofertas de Blue365) para obtener más información sobre los distintos proveedores y descuentos de Blue365.

BCBS FEP Dental no recomienda ni respalda ni garantiza ningún proveedor o artículo específico de Blue365. Los proveedores y el programa están sujetos a cambios en cualquier momento.

---

## Herramientas y recursos

---

### Buscador de planes AskBlue de BCBS FEP Dental

**Descripción:** ¿Necesita ayuda para elegir entre la opción alta y la opción estándar? AskBlue lo hace fácil. En solo 10 minutos, podrá responder algunas preguntas sencillas y obtener un plan recomendado según sus necesidades. Pruebe AskBlue visitando [Askblue.bcbsfepdental.com](http://Askblue.bcbsfepdental.com).

### Sitio web

**Descripción:** En nuestro sitio web, [bcbsfepdental.com](http://bcbsfepdental.com), puede acceder a herramientas y recursos que lo ayudarán a aprovechar al máximo su cobertura, entre ellos:

- Comparación de planes de beneficios
- Artículos sobre salud y bienestar bucal
- Cómo inscribirse
- Suscripción a la comunicación por correo electrónico
- Búsqueda de dentistas
- Herramienta de precios dentales
- Glosario de términos dentales
- Anatomía dental
- Y mucho más

### Portal de miembros

**Descripción:** Visite nuestro portal para miembros en [www.bcbsfepdental.com](http://www.bcbsfepdental.com) para verificar el estado de sus reclamos, solicitar formularios de reclamo, solicitar un duplicado o reemplazo de una tarjeta de identificación y realizar un seguimiento de cómo utiliza sus beneficios. Las características adicionales incluyen:

- Suscripción a la comunicación por correo electrónico
- Suscripción a la Explicación de beneficios (EOB) electrónica
- Ver/compartir EOB
- Ver/compartir/descargar tarjetas de identificación
- Presentación de reclamos en línea
- Chat en vivo con servicio de atención al cliente
- Y mucho más

### Aplicación móvil de BCBS FEP Dental

**Descripción:** La aplicación móvil de BCBS FEP Dental está disponible para descargar en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación ofrece a los miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana a funciones, herramientas e información útiles relacionadas con los beneficios de BCBS FEP Dental. Los miembros pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña para acceder a información dental personal, como beneficios, costos de bolsillo e información de bienestar. También pueden ver reclamos y el estado de aprobación, ver/compartir EOB, ver/compartir tarjetas de identificación de miembros y localizar dentistas dentro de la red. Las características adicionales incluyen:

- Presentación de reclamos en línea
- Herramienta de precios dentales
- Temporizador de cepillado y uso de hilo dental
- Temporizador interactivo para niños de Torp
- Suscripción a la comunicación por correo electrónico

### Redes sociales

**Descripción:** Síguenos en [@bcbsfepdental](https://www.facebook.com/bcbsfepdental) en Facebook y YouTube para obtener la información más reciente sobre BCBS FEP Dental.

## Resumen de beneficios

- **No confíe únicamente en este cuadro.** Esta página resume la 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](http://www.BENEFEDS.com) o llame al 1-877-888-FEDS (3337), número TTY 1-877-889-5680.
- Los servicios fuera de la red bajo las clases A, B y C están sujetos a un deducible de \$50 por persona para la opción alta y un deducible de \$75 para la opción estándar por persona por año calendario.
- Para niños de 13 años o menos, usted paga \$0 por los servicios cubiertos dentro de la red de clase B y clase C según lo define el plan y sujeto a sus máximos.

Beneficios de la opción alta	Usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de Clase A (básicos)</b> – preventivos y diagnósticos  Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un monto de beneficio máximo anual ilimitado para servicios dentro de la red y a \$3000 para servicios fuera de la red.	0 %	10 %
<b>Servicios de Clase B (intermedios)</b> – incluye servicios restaurativos menores.  Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un monto de beneficio máximo anual ilimitado para servicios dentro de la red y a \$3000 para servicios fuera de la red.	30 %	40 %
<b>Servicios de Clase C (mayores)</b> – incluye servicios mayores de restauración, endodoncia y prostodoncia.  Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un monto de beneficio máximo anual ilimitado para servicios dentro de la red y a \$3000 para servicios fuera de la red.	50 %	60 %
<b>Servicios de Clase D</b> – ortodoncia  Máximo de por vida de \$3,500	50 %	50 %

Beneficios de la opción estándar	Usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de Clase A (básicos)</b> – preventivos y diagnósticos  Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1500 para los beneficios dentro de la red y de \$750 para los beneficios fuera de la red.	0 %	40 %
<b>Servicios de Clase B (intermedios)</b> – incluye servicios restaurativos menores.  Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1500 para los beneficios dentro de la red y de \$750 para los beneficios fuera de la red.	45 %	60 %
<b>Servicios de Clase C (mayores)</b> – incluye servicios mayores de restauración, endodoncia y prostodoncia.  Los servicios de Clase A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1500 para los beneficios dentro de la red y de \$750 para los beneficios fuera de la red.	65 %	80 %

*(continúa en la página siguiente)*

Beneficios de la opción estándar	Usted paga	
(cont.)	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de Clase D – ortodoncia</b> Máximo de por vida de \$2,500 para dentro de la red o máximo de por vida de \$1,250 para fuera de la red	50 %	50 %

---

## Basta de fraude en la atención médica

---

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos e incrementa la prima del Programa de Seguro Dental y Oftalmológico para Empleados Federales.

**Protéjase del fraude:** a continuación se muestran algunas cosas que puede hacer para prevenir el fraude:

- No proporcione su número de identificación (ID) del plan por teléfono o a personas que no conoce, excepto a sus dentistas, BCBS FEP Dental, BENEFEDS o la OPM.
- Permita que solo los dentistas adecuados revisen su historial clínico o le recomienden servicios.
- Evite utilizar dentistas que digan que un artículo o servicio generalmente no está cubierto, pero saben cómo facturarnos para que se lo paguemos.
- Revise cuidadosamente sus declaraciones de explicación de beneficios (EOB).
- No le pida a su dentista que haga anotaciones falsas en certificados, facturas o registros para obligarnos a pagar un artículo o servicio.
- Si sospecha que un dentista le cobró por servicios que no recibió, le facturó dos veces por el mismo servicio o tergiversó alguna información, haga lo siguiente:
  - Llame al dentista y pídale una explicación. Podría ser un error.
  - Si el dentista no resuelve el asunto, llámenos a 1-855-504-BLUE (2583) y explique la situación, se le pedirá que nos presente su queja por escrito.
- **Civiles federales:** no mantenga como familiar en su póliza a:
  - su excónyuge después de que una sentencia de divorcio o anulación sea definitiva (incluso si una orden judicial estipule lo contrario); o sus hijos mayores de 22 años (a menos que tengan una discapacidad o sean incapaces de mantenerse por sí mismos).
- **Personas elegibles para TRICARE:** no mantenga como familiar en su póliza a:
  - sus hijos mayores de 21 años si no están inscritos como estudiantes (a menos que tengan una discapacidad o sean incapaces de mantenerse por sí mismos); o
  - sus hijos mayores de 23 años si están inscritos como estudiantes (a menos que tengan una discapacidad o sean incapaces de mantenerse por sí mismos).

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.

**El plan prohíbe el fraude o la tergiversación intencional de hechos materiales. Usted puede ser procesado por fraude y su agencia puede tomar medidas en su contra si falsifica un reclamo para obtener beneficios del FEDVIP o intenta obtener servicios para alguien que no sea un familiar elegible o que ya no esté inscrito en el plan, o se inscriba en el plan cuando ya no sea elegible.**

---

## Notas

---

## Información de tarifas

**Cómo encontrar su tarifa:** en el primer cuadro 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 del 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	Todo el estado	5	LA	Todo el estado	1	NY	Resto del estado	2
Alabama	Todo el estado	1	MA	010-011, 013-027, 055	5	OH	Todo el estado	1
AR	Todo el estado	2	MA	Resto del estado	3	OK	Todo el estado	1
AZ	855,859-860,863-865	2	MD	205-212, 214, 216-217	3	OR	970-973	4
AZ	850-853	3	MD	Resto del estado	2	OR	Resto del estado	2
AZ	Resto del estado	1	ME	039-042	5	PA	180-181, 183	4
CA	900-908, 910-928, 930-931, 933-935	4	ME	Resto del estado	2	PA	189-196	2
CA	939-952,954,956-959	5	MI	480-485	2	PA	172-174	3
CA	Resto del estado	2	MI	Resto del estado	1	PA	Resto del estado	1
CO	Todo el estado	4	MN	550-551, 553-555, 563	4	PR	Todo el área	1
CT	060-063	5	MN	Resto del estado	3	RI	Todo el estado	5
CT	Resto del estado	4	MO	726	2	SC	Todo el estado	2
DC	Todo el área	3	MO	Resto del estado	1	SD	Todo el estado	1
DE	Todo el estado	2	MS	Todo el estado	1	TN	Todo el estado	1
FL	330-334, 349	2	MT	Todo el estado	1	TX	Todo el estado	1
FL	Resto del estado	1	NC	270-274, 278, 280-282, 284-289	2	UT	Todo el estado	2
GA	Todo el estado	1	NC	275-277, 283	3	VA	201, 205, 220-227	3
GU	Todo el área	1	NC	Resto del estado	1	VA	Resto del estado	1
HI	Todo el estado	3	ND	Todo el estado	5	VI	Todo el área	1
IA	500-514,516,520-528	3	NE	Todo el estado	2	VT	Todo el estado	5
IA	Resto del estado	2	NH	030-033, 038	5	WA	980-985	5
ID	Todo el estado	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	Todo el estado	1	WV	254	3
IN	463-464	2	NV	897	5	WV	Resto del estado	1
IN	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	Internacional	1
KY	Todo el estado	1	NY	005, 100-119, 124-126	4			

## Tarifas

Área de calificación	Alta (quincenal)			Alta (mensual)		
	Cobertura solo para solicitante	Cobertura para solicitante más uno	Cobertura para solicitante y familia	Cobertura solo para solicitante	Cobertura para solicitante más uno	Cobertura para solicitante y familia
1	\$18.39	\$36.77	\$55.16	\$39.85	\$79.67	\$119.51
2	\$20.60	\$41.20	\$61.80	\$44.63	\$89.27	\$133.90
3	\$22.43	\$44.85	\$67.28	\$48.60	\$97.18	\$145.77
4	\$24.29	\$48.58	\$72.87	\$52.63	\$105.26	\$157.89
5	\$27.19	\$54.37	\$81.56	\$58.91	\$117.80	\$176.71

Área de calificación	Estándar (quincenal)			Estándar (mensual)		
	Cobertura solo para solicitante	Cobertura para solicitante más uno	Cobertura para solicitante y familia	Cobertura solo para solicitante	Cobertura para solicitante más uno	Cobertura para solicitante y familia
1	\$9.87	\$19.75	\$29.62	\$21.39	\$42.79	\$64.18
2	\$10.82	\$21.63	\$32.45	\$23.44	\$46.87	\$70.31
3	\$12.30	\$24.60	\$36.90	\$26.65	\$53.30	\$79.95
4	\$13.28	\$26.56	\$39.85	\$28.77	\$57.55	\$86.34
5	\$14.67	\$29.33	\$44.00	\$31.79	\$63.55	\$95.33