

Introducción

El 23 de diciembre de 2004, el presidente George W. Bush firmó la Ley Federal de Mejora de Beneficios Dentales y Oftalmológicos para Empleados de 2004 (Federal Employee Dental and Vision Benefits Enhancement Act of 2004) (Ley Pública 108-496). La ley ordenó a la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management, OPM) que estableciera programas complementarios de beneficios de Servicios dentales y para la vista para ponerlos a disposición de los empleados federales, los pensionados y sus familiares elegibles. En respuesta a la legislación, la OPM estableció el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales (Federal Employees Dental and Vision Insurance Program, FEDVIP). La OPM ha contratado a aseguradoras de servicios dentales y para la vista para que ofrezcan una variedad de opciones a los empleados federales y pensionados. La Sección 715 de la Ley Nacional de Autorización de Defensa para el Año Fiscal 2017 (National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2017, FY 2017 NDAA), Ley Pública 114-38, amplió la elegibilidad para el FEDVIP a ciertas personas elegibles para TRICARE.

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

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

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

Si está inscrito en este Plan, tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si está inscrito en la cobertura para el Solicitante y una persona, usted y su familiar designado tienen derecho a estos beneficios. Si está inscrito en la cobertura para el Solicitante y su familia, cada familiar elegible también tiene derecho a estos beneficios si también figura en la cobertura. **Ni usted ni sus familiares tienen derecho a recibir los beneficios que estaban disponibles antes del 1.º de enero de 2023, a menos que dichos beneficios también se incluyan en este folleto.**

La OPM negocia las tarifas con cada aseguradora en forma anual. Las tarifas figuran al final de este folleto.

BCBS FEP Dental es responsable de la selección de proveedores dentro de la red en su área. Comuníquese con nosotros al 1-855-504-2583 o marque 711 (para servicios de retransmisión TTY) para obtener los nombres de los proveedores participantes, o para solicitar un directorio de proveedores según el código postal. También puede ver los proveedores actuales dentro de la red a través de nuestro sitio web en www.bcbsfedental.com, que cuenta con una sofisticada herramienta de búsqueda de proveedores que le permite seleccionar dentistas de acuerdo con un conjunto flexible de criterios que incluyen ubicación, proximidad y especialidad. Nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea se actualiza cada semana y está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No se puede garantizar la participación continua de ningún proveedor específico. Por lo tanto, debe elegir su plan en función de los beneficios proporcionados y no en función de la participación de un proveedor específico.

Cuando llame para programar una cita, recuerde verificar que el proveedor se encuentre actualmente en la red BCBS FEP Dental. Si su proveedor no participa actualmente en la red de proveedores, puede nominarlo para que se una. La nominación de proveedores puede enviarse en línea o en la aplicación móvil. También puede imprimir un formulario de nominación desde nuestro sitio web en www.bcbsfedental.com o llamarnos al 1-855-504-BLUE (2583) y le enviaremos un formulario. Lleve el formulario a su dentista y pídale que lo complete si está interesado en participar en nuestra red. **No puede cambiar de plan fuera de la temporada de inscripciones abiertas debido a cambios en la red de proveedores.**

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

Este plan BCBS FEP Dental y todos los demás planes del FEDVIP no forman parte del Programa Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits, FEHB)

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

La ley prohíbe la discriminación

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

Índice

Introducción.....	1
Índice	2
Cambios para 2023	4
Aspectos destacados del programa FEDVIP.....	5
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 de salario antes de impuestos para empleados	5
Oportunidad de inscripción anual	5
Cobertura grupal continua después de la jubilación	5
Período de espera.....	5
Sección 1 Elegibilidad	6
Empleados federales	6
Pensionados federales	6
Pensionados sobrevivientes	6
Indemnizados.....	6
Persona elegible para TRICARE	6
Familiares	6
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 la inscripción	8
Cuándo termina la cobertura	10
Continuación de la cobertura	11
FSAFEDS/Planes de salud con un deducible alto y FEDVIP	12
Sección 3 Cómo obtener atención.....	13
Tarjetas de identificación/ Confirmación de inscripción	13
Dónde obtener la atención cubierta.....	13
Proveedores del plan.....	13
Dentro de la red	14
Fuera de la red	14
Cuidado de emergencia.....	14
Cantidad máxima permitida.....	14
Certificación previa.....	15
Beneficio alternativo.....	15
Revisión de servicios dentales	16
Primer pagador de FEHB.....	16
Coordinación de beneficios.....	17
Área de calificación	18
Área de acceso limitado	18
Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos.....	19
Deducible.....	19
Coseguro.....	19

Beneficio anual máximo	20
Máximo de beneficios de por vida	20
Servicios dentro de la red.....	20
Servicios fuera de la red.....	20
Año calendario.....	20
Cuidado de emergencia.....	20
Sección 5 Servicios y suministros dentales de clase A básicos	22
Clase B intermedia.....	25
Clase C mayor.....	31
Clase D Ortodoncia.....	40
Servicios generales	42
Sección 6 Servicios y suministros internacionales.....	44
Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos	45
Sección 8 Proceso de presentación de reclamos y reclamos en disputa.....	47
Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto.....	48
Descuentos y características	50
Resumen de beneficios	51
¡Detenga el fraude de atención médica!.....	53
Información sobre tarifas	57
Tarifas.....	58

Cambios para 2023

Cambios en los beneficios:

Cambios para la Opción de cobertura Alta

- Usted no paga nada por los servicios dentro de la red de Clase B y C para niños menores de 13 años.

Cambios para las Opciones de cobertura alta y estándar

- Cubrimos servicios en el extranjero a nivel de dentro de la red.

Aspectos destacados del programa FEDVIP

Elección de planes y opciones	Puede seleccionar entre varios planes nacionales y, en algunas áreas, planes regionales de servicios dentales de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) o de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y Opciones de coberturas Estándar y Alta. También puede seleccionar entre varios planes para la vista a nivel nacional. Puede inscribirse en un plan de servicios dentales o un plan para la vista, o ambos. Algunos beneficiarios de TRICARE pueden no ser elegibles para inscribirse en ambos. Visite www.opm.gov/dental o www.opm.gov/vision para obtener más información.
Inscríbese a través de BENEFEDS	Inscríbese en línea en www.BENEFEDS.com . Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
Inscripción doble	Si usted o uno de sus familiares está inscrito o cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar inscrita ni cubierta como familiar por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes de servicios dentales FEDVIP o dos planes para la vista FEDVIP.
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura	Si se inscribe en un plan de servicios dentales o para la vista durante la temporada de inscripciones abiertas de 2022, su cobertura comenzará el 1.º de enero de 2023. Las deducciones de la prima comenzarán con el primer período de pago completo que comienza el 1.º de enero de 2023 o después de esa fecha. Puede usar sus beneficios tan pronto como se confirme su inscripción.
Deducción de salario antes de impuestos para empleados	Los empleados pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina utilizando dinero antes de impuestos. Los pensionados pagan las primas automáticamente a través de deducciones de anualidades utilizando dinero después de impuestos. Los miembros de TRICARE pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina o retiros bancarios automáticos (automatic bank withdrawal, ABW) con dinero después de impuestos.
Oportunidad de inscripción anual	Cada año, se llevará a cabo una temporada de inscripciones abiertas, durante la cual podrá inscribirse o cambiar su inscripción en el plan de servicios dentales o para la vista. Este año, la temporada de inscripciones abiertas es desde el 14 de noviembre de 2022 hasta la medianoche, hora del Este, del 12 de diciembre de 2022. No es necesario que vuelva a inscribirse en cada temporada de inscripciones abiertas, a menos que desee cambiar de plan u opciones de plan; su cobertura continuará desde el año anterior. Además de la temporada anual de inscripciones abiertas, hay ciertos eventos que le permiten realizar tipos específicos de cambios de inscripción durante todo el año. Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
Cobertura grupal continua después de la jubilación	Su inscripción o su elegibilidad para inscribirse pueden continuar después de la jubilación. No es necesario que esté inscrito en el FEDVIP por ningún período de tiempo para continuar con la inscripción en la jubilación. Sus familiares también pueden continuar con la inscripción después de su muerte. Consulte la Sección 1, Elegibilidad, para obtener más información.
Período de espera	No hay períodos de espera asociados con el plan de BCBS FEP Dental.

Sección 1 Elegibilidad

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

información sobre la elegibilidad de membresía de los familiares, visite el sitio web en www.opm.gov/healthcare-insurance/dental-vision/ o comuníquese con su agencia de empleo o sistema de jubilación.

Con respecto a las personas elegibles para TRICARE, familiares incluyen a su cónyuge, viuda no casada, viudo no casado, hijo no casado y ciertas personas no casadas colocadas en su custodia legal por un tribunal.

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

Personas no elegibles

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

- Pensionados diferidos
- Excónyuges de empleados o pensionados

Nota: los excónyuges de personas elegibles para TRICARE pueden inscribirse en un plan de servicios dentales de FEDVIP.

- Miembros de continuación temporal de la cobertura (temporary continuation of coverage, TCC) de FEHB
- Cualquier persona que reciba una anualidad de interés asegurable que no sea también un familiar elegible
- Miembros en servicio activo de los servicios uniformados

Nota: Si usted es un miembro del servicio uniformado en servicio activo, su cobertura de servicios dentales y para la vista será proporcionada por TRICARE. Sus familiares seguirán siendo elegibles para inscribirse en el TRICARE Dental Plan (TDP).

Sección 2 Inscripción

Inscribase a través de BENEFEDS

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

Si actualmente está inscrito en FEDVIP y no desea cambiar de plan, su inscripción continuará automáticamente. Tenga en cuenta que: Las primas de sus planes pueden cambiar para 2023.

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

Tipos de inscripción

Solicitante únicamente: una inscripción para el Solicitante únicamente lo cubre solo a usted como empleado o inscrito en la anualidad. Puede elegir una inscripción para el Solicitante únicamente aunque tenga una familia; sin embargo, sus familiares no estarán cubiertos por FEDVIP.

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

Solicitante y su familia: una inscripción para el Solicitante y su familia los cubre a usted como empleado o inscrito en la anualidad y a todos sus familiares elegibles. Debe enumerar a todos sus familiares elegibles cuando se inscriba.

Inscripción doble

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

Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción

Temporada de inscripciones abiertas

Si usted es un empleado elegible, pensionado o individuo elegible para TRICARE, puede inscribirse en un plan de servicios dentales o para la vista durante la temporada de inscripciones abiertas del 14 de noviembre hasta la medianoche, hora del Este, del 12 de diciembre de 2022. La cobertura está vigente a partir del 1.º de enero de 2023.

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

Nueva contratación/Recientemente elegible

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

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

Evento de vida elegible

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

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

Evento de vida elegible: Matrimonio

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

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

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

Evento de vida elegible: Pérdida de un familiar cubierto

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

Evento de vida elegible: Pérdida de otra cobertura de servicios dentales/para la vista (elegible o persona cubierta)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: **Sí (si la inscripción se canceló durante la LWOP)**

Evento de vida elegible: Anualidad/compensación restaurada

De no inscrito a inscrito: Sí

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: No

Cambio de un plan a otro: No

Evento de vida elegible: Transferencia a un puesto elegible*

De no inscrito a inscrito: No

Aumento del tipo de inscripción: No

Reducción del tipo de inscripción: No

Cancelación: Sí

Cambio de un plan a otro: No

*El puesto debe ser en una agencia federal que proporcione cobertura de servicios dentales o para la vista con una prima pagada por el empleador del 50 por ciento o más.

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

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

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

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

Cancelación de una inscripción

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

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

Cuándo termina la cobertura

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

- ya no cumple con la definición de empleado elegible, pensionado o individuo elegible para TRICARE;
- comienza a prestar servicio activo como reservista jubilado;
- abandona el servicio activo como el patrocinador o el miembro principal;

- comienza un período de estado de falta de pago o pago que no sea suficiente para que se retengan sus primas de FEDVIP y no realiza pagos directos de primas a BENEFEDS;
- realiza pagos directos de primas a BENEFEDS y deja de realizar los pagos;
- cancela la inscripción durante la temporada de inscripciones abiertas;
- un reservista jubilado comienza a prestar servicio activo;
- el patrocinador o el miembro principal abandona el servicio activo;

La cobertura para un familiar finaliza cuando:

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

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

Continuación de la cobertura

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

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

FSAFEDS/Planes de salud con un deducible alto y FEDVIP

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

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

Si tiene una cuenta de FSAFEDS HCFSAs o LEX HCFSAs y no ha agotado sus fondos antes del 31 de diciembre del año del plan, FSAFEDS puede transferir automáticamente hasta \$570 de fondos no gastados a otra cuenta de atención de la salud o cuenta de gastos limitados para el año siguiente. Para ser elegible para la transferencia, debe ser empleado de una agencia que participe en FSAFEDS y que realice asignaciones activamente desde su pago hasta el 31 de diciembre. También debe reinscribirse activamente en una cuenta de atención médica o de gastos limitados durante la PRÓXIMA temporada de inscripciones abiertas para ser elegible para el traspaso. Su reinscripción debe ser por un mínimo de \$100. Si no se reinscribe, o si no es empleado de una agencia que participa en FSAFEDS y realiza asignaciones activamente desde su pago hasta el 31 de diciembre, sus fondos no se transferirán.

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

Para una cuenta de atención médica o de gastos limitados, cada participante debe contribuir un mínimo de \$100 hasta un máximo de \$2,850.

Los participantes actuales de FSAFEDS deben volver a inscribirse para participar el próximo año. Consulte www.fsafeds.com o llame al 1-877-FSAFEDS (372-3337) o TTY: 1-866-353-8058. **Nota: FSAFEDS no está abierto a empleados jubilados ni a personas elegibles para TRICARE.**

Si se inscribe o está inscrito en un plan de salud con un deducible alto con una Cuenta de Ahorros para la Salud (Health Savings Account, HSA) o un Convenio de Reembolso de Gastos Médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA), puede usar su HSA o HRA para pagar los costos de servicios dentales/para la vista calificados que no estén cubiertos por sus planes de FEHB y FEDVIP. Deberá presentar su reclamo a la Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica (Health Care Flexible Spending Account, HCFSAs) de FSAFEDS o a la Cuenta de Gastos Flexibles para Atención Médica de Gastos Limitados (Limited Expense Health Care Flexible Spending Account, LEX HCFSAs).

Sección 3 Cómo obtener atención

Tarjetas de identificación/ Confirmación de inscripción

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

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

Dónde obtener la atención cubierta

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

Proveedores del plan

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

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

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

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

Dentro de la red	<p>Cuando utiliza un proveedor dentro de la red BCBS FEP Dental, los beneficios se proporcionan a nivel dentro de la red. Usted es responsable únicamente de los cargos cubiertos hasta nuestra cantidad máxima permitida por procedimiento. No deberá pagar la diferencia entre nuestra cantidad máxima permitida y los cargos facturados. La red de BCBS FEP Dental está compuesta por proveedores contratados y con acreditación independiente. Para encontrar un dentista en su área, visite www.bcbsfepdental.com. También puede comunicarse con el servicio al cliente al 1-855-504-2583.</p> <p>Nota: la red de proveedores de BCBS FEP Dental puede ser distinta a la red de atención médica de FEP. Asegúrese de encontrar un proveedor dentro de la red en el sitio web proporcionado anteriormente.</p> <p>Solo los proveedores que figuran con sus ubicaciones correspondientes están dentro de la red. Es posible que no todos los dentistas de una ubicación estén dentro de la red y que el mismo proveedor de una ubicación diferente no esté dentro de la red. Es su responsabilidad asegurarse de que el proveedor indicado esté activo y dentro de la red en el momento y el lugar en el que recibe los servicios.</p>
Fuera de la red	<p>Puede obtener atención de cualquier dentista con licencia. Si el dentista que utiliza no forma parte de nuestra red, los beneficios se determinarán en función del nivel de beneficios fuera de la red. Debido a que estos proveedores están fuera de nuestra red, el pago se basará en el cargo real del proveedor o en las cantidades máximas permitidos establecidos por BCBS FEP Dental por los servicios prestados por proveedores fuera de la red, lo que sea menor. Usted es responsable del pago de la diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada. Si un miembro elige salir de la red, el pago se realizará directamente al miembro.</p>
Cuidado de emergencia	<p>Todos los gastos por cuidados de emergencia son pagaderos como cualquier otro gasto, sujeto a las disposiciones del plan. Si recibe cuidados de emergencia de un dentista fuera de la red, los beneficios se pagarán conforme a las disposiciones del plan fuera de la red. Deberá pagar la diferencia entre la cantidad máxima permitida y el cargo facturado.</p>
Cantidad máxima permitida	<p>La cantidad máxima de reembolso que permitimos para un procedimiento específico. Cuando utiliza un proveedor de la red, el proveedor no puede facturarle la diferencia entre la cantidad máxima permitida y el cargo facturado. Si usa un proveedor fuera de la red, es responsable de la diferencia entre la cantidad máxima permitida y el cargo facturado, además de las cantidades permitidas de copago, coseguro o deducible que correspondan.</p>

Certificación previa

La precertificación, también conocida como estimación previa al tratamiento, no es obligatoria. Aunque no se requieren estimaciones previas al tratamiento, el programa BCBS FEP Dental recomienda enfáticamente que se envíen estimaciones previas al tratamiento para todos los servicios importantes y extensos antes del tratamiento. Los Servicios importantes están sujetos a revisión profesional autorizada. Dicha revisión puede incluir, entre otros, los siguientes servicios: cirugía bucal extensa, periodontal, restauración mayor (coronas, puentes, incrustaciones/recubrimientos), endodoncia, prostodoncia, colocación de implantes y tratamientos relacionados y servicios de ortodoncia. Los planes de tratamiento extensos y clínicamente involucrados requerirán documentación de respaldo adicional, como notas de historia clínica, radiografías (también conocidas como rayos X), fotografías, y pueden alternarse con un procedimiento profesionalmente aceptable menos costoso.

Proporcionaremos una explicación de beneficios no vinculante a usted y a su dentista que indicará si los procedimientos están cubiertos y una estimación de lo que pagaremos por esos servicios específicos. La cantidad máxima permitida estimada se basa en su elegibilidad actual y en los beneficios del contrato vigentes en el momento de la finalización del servicio. La presentación de otros reclamos o cambios en la elegibilidad o el contrato puede alterar el pago final. Una estimación previa al tratamiento no es una garantía de beneficios.

La determinación final de elegibilidad se determina cuando se procesa el reclamo. Tenga en cuenta que no es necesario que presente estimaciones previas al tratamiento a su compañía de seguros de FEHB. Pueden enviarse directamente a BCBS FEP Dental a:

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

Beneficio alternativo

En algunos casos, usted y su odontólogo tienen una opción de tratamiento y, si se puede utilizar más de un servicio para tratar su afección de servicios dentales, podemos decidir autorizar únicamente un tratamiento alternativo a un servicio cubierto menos costoso si el servicio seleccionado es un método de tratamiento adecuado. Esta solicitud de beneficios se realiza en un esfuerzo por mantener sus primas de servicios dentales asequibles y asegurar que tenga cobertura para los tipos más comunes de tratamiento de servicios dentales. El plan de servicios dentales limita los beneficios al cargo máximo permitido por el servicio cubierto menos costoso que logre un resultado que cumpla con los estándares aceptados de atención de servicios dentales profesional según lo determinemos nosotros. Limitaremos los beneficios pagaderos al beneficio que hubiera sido pagadero si se hubiera proporcionado el servicio cubierto menos costoso. Esto se denomina beneficio alternativo.

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

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

Revisión de servicios dentales

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

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

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

Primer pagador de FEHB

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

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

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

Ejemplo 1: Opción de cobertura Alta (proveedor dentro de la red). Este ejemplo supone que se han alcanzado todos los deducibles y que no se han alcanzado los valores máximos anuales.

Miembro de BCBS FEP Dental con cobertura de FEHB: FEHB siempre es el principal
Los servicios suministrados son por un proveedor de la red
1 empaste de superficie: \$108.00
Cantidad máxima permitida: \$60.00
Pago de FEHB (estimado): \$16.00
Beneficios de BCBS FEP Dental pagaderos en ausencia de cobertura de FEHB: \$42.00
(\$60.00 al 70%)
Pago por parte de BCBS FEP Dental: \$42.00
Responsabilidades del miembro: \$2.00 ($\$60 - \$16 - \$42 = \2.00)

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

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

*Supone que el cargo del proveedor está dentro de la cantidad máxima permitida

Coordinación de beneficios

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

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

Ejemplo 3: Opción de cobertura Alta (proveedor dentro de la red). Este ejemplo supone que se han alcanzado todos los deducibles y que no se han alcanzado los valores máximos anuales.

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

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

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

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

Área de calificación

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

Área de acceso limitado

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

***NOTA: Estándares de acceso**

El acceso limitado no se aplica a los miembros internacionales.

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

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

Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos

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

Deducible

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

CLASE A

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

CLASE B

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

CLASE C

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

Ortodoncia

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

Coseguro

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

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

CLASE A

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

CLASE B

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

CLASE C

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

Ortodoncia

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

Notas

Notas

Notas

Tarifas

Área de calificación	Cobertura Alta: quincenal			Cobertura Alta: mensual		
	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia
1	\$18.02	\$36.05	\$54.07	\$39.04	\$78.11	\$117.15
2	\$20.19	\$40.38	\$60.57	\$43.75	\$87.49	\$131.24
3	\$21.98	\$43.97	\$65.95	\$47.62	\$95.27	\$142.89
4	\$23.81	\$47.62	\$71.43	\$51.59	\$103.18	\$154.77
5	\$26.65	\$53.29	\$79.94	\$57.74	\$115.46	\$173.20

Área de calificación	Cobertura Estándar: quincenal			Cobertura Estándar: mensual		
	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia	Solicitante únicamente	Solicitante y una persona	Solicitante y su familia
1	\$9.19	\$18.38	\$27.58	\$19.91	\$39.82	\$59.76
2	\$10.07	\$20.15	\$30.22	\$21.82	\$43.66	\$65.48
3	\$11.45	\$22.89	\$34.31	\$24.81	\$49.60	\$74.34
4	\$12.36	\$24.70	\$37.03	\$26.78	\$53.52	\$80.23
5	\$13.65	\$27.31	\$40.96	\$29.58	\$59.17	\$88.75