

# Blue Cross Blue Shield FEP Dental®

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

1-855-504-BLUE (2583)



2026

## A Nationwide Dental PPO Plan

**Quiénes pueden inscribirse en este Plan:** todos los empleados federales, pensionados y ciertos beneficiarios de TRICARE en los Estados Unidos y en el extranjero que son elegibles para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales (Federal Employees Dental and Vision Insurance Program).

### IMPORTANTE

- Tarifas: Contraportada
- Cambios para 2026: Página 4
- Resumen de Beneficios: Página 48

### Opciones de inscripción para este plan:

- Opción Alta: Individual únicamente.
- Opción Alta: Individual + Uno.
- Opción Alta: Individual y Familia.
- Opción Estándar: Individual únicamente.
- Opción Estándar: Individual + Uno.
- Opción Estándar: Individual y Familia.

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

Autorizado para su distribución por:



Oficina de Administración de Personal  
de los Estados Unidos

Atención de la salud y seguros  
<http://www.opm.gov/insure>

---

## Introducción

---

El 23 de diciembre de 2004, el presidente George W. Bush firmó la Ley Federal de Mejora de Beneficios Dentales y Oftalmológicos para Empleados de 2004 (Ley Pública 108-496). La ley ordenó a la Oficina de Administración de Personal (OPM, Office of Personnel Management) que estableciera programas de beneficios complementarios 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 Oficina de Administración de Personal estableció el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales (FEDVIP, Federal Employees Dental and Vision Insurance Program). La Oficina de Administración de Personal 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 (FY 2017 NDAA, National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2017), Ley Pública 114-38, amplió la elegibilidad para el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales a ciertas personas elegibles para TRICARE.

Este folleto describe los beneficios de BCBS FEP Dental conforme al contrato OPM02-FEDVIP-02AP-03 de Blue Cross y Blue Shield Association con la Oficina de Administración de Personal, según lo autorizado por la ley del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. 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.bcbsfepdental.com](http://www.bcbsfepdental.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 Individual + Uno, usted y su familiar designado tienen derecho a estos beneficios. Si está inscrito en la cobertura Individual y 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.<sup>º</sup> de enero de 2026, a menos que dichos beneficios también se incluyan en este folleto.**

La Oficina de Administración de Personal 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 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 el código postal. Los dentistas de la red se enumeran en nuestro sitio web en [www.bcbsfepdental.com/findadentist](http://www.bcbsfepdental.com/findadentist) y en la aplicación móvil BCBS FEP Dental. Nuestro directorio se actualiza semanalmente. También 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 proporcionados y no en función de la participación de un dentista en particular.

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

La red puede ser más amplia 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 Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales no forman parte del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, Federal Employees Health Benefits)/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB, Postal Service Health Benefits).**

Queremos que sepa que proteger la confidencialidad de su información médica que lo identifica individualmente es de suma importancia para nosotros. Para revisar todos los detalles sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos, visite nuestro sitio web en [www.bcbsfepdental.com](http://www.bcbsfepdental.com) y haga clic en el enlace “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 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.....	3
Cómo hemos cambiado para 2026 .....	5
Aspectos destacados del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales .....	6
Elección de planes y opciones.....	6
Inscríbase a través de BENEFEDS .....	6
Inscripción doble.....	6
Fecha de entrada en vigencia de la cobertura.....	6
Deducción de salario antes de impuestos para empleados .....	6
Oportunidad de inscripción anual.....	6
Cobertura grupal continua después de la jubilación.....	6
Cumplimiento con la Asociación Dental Estadounidense (ADA).....	6
Sección 1 Elegibilidad.....	7
Empleados federales.....	7
Pensionados federales .....	7
Pensionados sobrevivientes.....	7
Indemnizados .....	7
Persona elegible para TRICARE.....	8
Familiares.....	8
Personas no elegibles .....	8
Sección 2 Inscripción .....	9
Inscríbase a través de BENEFEDS .....	9
Tipos de inscripción .....	9
Inscripción doble.....	9
Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción.....	10
Cuándo termina la cobertura .....	12
Continuación de la cobertura.....	12
Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales/Planes de Salud con un deducible alto y Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales .....	13
Sección 3 Cómo obtener atención .....	14
Tarjetas de identificación/Confirmación de inscripción.....	14
Dónde obtener la atención cubierta .....	14
Dentistas del plan .....	14
Dentro de la red.....	14
Fuera de la red.....	14
Cuidado de emergencia .....	14
Estimaciones previas al tratamiento .....	14
Beneficio alternativo .....	15
Revisión de servicios dentales.....	15
Primer pagador del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.....	15
Coordinación de beneficios (COB) .....	17
Área de calificación.....	17
Área de acceso limitado .....	17
Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos .....	18
Deductible .....	18
Coseguro .....	18

Beneficio anual máximo.....	19
Máximo de beneficios de por vida .....	19
Servicios dentro de la red.....	19
Servicios fuera de la red.....	19
Asignación del plan.....	19
Año calendario .....	19
Cuidado de emergencia .....	19
Tratamiento en curso.....	20
<b>Sección 5 Servicios y suministros dentales de clase A básicos .....</b>	<b>21</b>
Clase B intermedia .....	24
Clase C mayor .....	30
Clase D Ortodoncia .....	40
Servicios generales .....	42
<b>Sección 6 Servicios y suministros internacionales .....</b>	<b>44</b>
<b>Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos.....</b>	<b>45</b>
<b>Sección 8 Proceso de presentación de reclamaciones y reclamaciones en disputa.....</b>	<b>47</b>
<b>Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto .....</b>	<b>49</b>
Descuentos .....	51
Herramientas y recursos .....	52
Resumen de Beneficios .....	53
<b>¡Detenga el fraude de atención médica!</b> .....	<b>55</b>
Información sobre las tarifas .....	59
Tarifas .....	61

---

## Cómo hemos cambiado para 2026

---

### Cambios para 2026:

#### Los cambios en nuestras Opciones Alta y Estándar incluyen:

Para las personas mayores de 22 años, agregamos:

- D1206 Aplicación tópica de barniz de fluoruro: límite de 2 durante el año calendario (Clase A)

Adición de un nuevo código dental:

- D6280 Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se extrae y vuelve a insertar una dentadura postiza extraíble de arco dentario soportado por un implante/pilar, incluida la limpieza de prótesis y pilares, por arco dentario, límite de 1 cada 36 meses (Clase C)

Los servicios de examen de emergencia ya no están combinados:

- D0140 Evaluación bucal limitada, centrada en el problema, limitada a una vez al año (Clase A)
- D0160 Evaluación bucal exhaustiva y detallada, enfocada en el problema, por informe, limitada una vez por año (Clase A)

Un aumento en el coseguro para servicios y medicamentos de anestesia/sedación:

Opción Alta:

- Dentro de la red: del 30 % al 50 %
- Fuera de la red: del 40 % al 60 %

Opción Estándar:

- Dentro de la red: del 45 % al 65 %
- Fuera de la red: del 60 % al 80 %

#### Más ofertas disponibles debido a los cambios en nuestro programa de descuento Blue365®:

- Ahora ofrecemos más de 100 ofertas de proveedores populares a través de Blue365, nuestro programa de descuentos exclusivo para miembros de Blue Cross Blue Shield. Desde membresías en gimnasios hasta kits de comidas frescas e incluso ofertas de viajes, hay algo para que todos los miembros de su familia prosperen durante todo el año. (Consulte la página 45)

## **Aspectos destacados del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales**

---

<b>Elección de planes y opciones</b>	Puede seleccionar entre varios planes nacionales y, en algunas áreas, planes regionales de servicios dentales de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, Preferred Provider Organization) o de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, Health Maintenance Organization) y Opciones 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 <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>Inscríbase a través de BENEFEDS</b>	Inscríbase en línea en <a href="http://www.BENEFEDS.gov">www.BENEFEDS.gov</a> . Consulte la Sección 2, Inscripción, para obtener más información.
<b>Inscripción doble</b>	Si usted o uno de sus familiares está inscrito o cubierto por un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, esa persona no puede estar inscrita ni cubierta como familiar por otro plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes de servicios dentales del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales o dos planes para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. Si se inscribe en un plan dental o de la vista durante la temporada de inscripciones abiertas de 2025, su cobertura comenzará el 1.º de enero de 2026. Las deducciones de la prima comenzarán con el primer período de pago completo que comienza el 1.º de enero de 2026 o después de esa fecha. Puede usar sus beneficios tan pronto como se confirme su inscripción.
<b>Fecha de entrada en vigencia de la cobertura</b>	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 afiliados de TRICARE pagan las primas automáticamente a través de deducciones de nómina o retiros bancarios automáticos (ABW, Automatic Bank Withdrawal) con dinero después de impuestos.
<b>Deducción de salario antes de impuestos para empleados</b>	Cada año, se llevará a cabo una temporada de inscripciones abiertas, durante la cual podrá inscribirse o cambiar su inscripción en el plan dental o de la vista. Este año, la temporada de inscripciones abiertas es desde el 10 de noviembre de 2025 hasta la medianoche, hora del este, del 8 de diciembre de 2025. 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.
<b>Oportunidad de inscripción anual</b>	Su inscripción o su elegibilidad para inscribirse pueden continuar después de la jubilación. No es necesario que esté inscrito en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales 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.
<b>Cobertura grupal continua después de la jubilación</b>	El Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales cumple con el sistema de codificación de Terminología Dental Actual (CDT, Current Dental Terminology) de acuerdo con los estándares establecidos por la Asociación Dental Estadounidense (ADA, American Dental Association).
<b>Cumplimiento con la Asociación Dental Estadounidense (ADA)</b>	<i>Current Dental Terminology (CDT), Copyright © American Dental Association. Todos los derechos reservados.</i>

## Sección 1 Elegibilidad

<b>Empleados federales</b>	Si usted es un empleado federal o del Servicio Postal de los EE. UU., es elegible para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, si es elegible para el Programa Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB), el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (PSHB) 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 Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. No se requiere la inscripción en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal ni en un plan del Mercado de Seguros Médicos (Intercambio de seguros).
<b>Empleados temporales o estacionales</b>	Ciertos empleados temporales, intermitentes y estacionales federales y del Servicio Postal de los EE. UU. son elegibles para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. Para ser elegibles, se debe esperar que estos empleados trabajen 130 horas por mes calendario durante al menos 90 días. Además, ciertos bomberos contratados bajo un nombramiento temporal y el personal intermitente de respuesta ante emergencias son elegibles para inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. La agencia empleadora debe determinar y notificar a estos empleados sobre su elegibilidad.
<b>Pensionados federales</b>	Usted es elegible para inscribirse si:
	<ul style="list-style-type: none"><li>• se jubiló con una anualidad inmediata en virtud del Sistema de Jubilación del Servicio Civil (CSRS, Civil Service Retirement System), el Sistema de Jubilación de Empleados Federales (FERS, Federal Employees Retirement System) u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal;</li><li>• se jubiló por discapacidad conforme al Sistema de Jubilación del Servicio Civil, el Sistema de Jubilación de Empleados Federales u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno federal.</li></ul>
	Su inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales continuará en la jubilación si se jubila con una anualidad inmediata o por discapacidad en virtud del Sistema de Jubilación del Servicio Civil, el Sistema de Jubilación de Empleados Federales u otro sistema de jubilación para empleados del gobierno, independientemente del tiempo que haya tenido la cobertura del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales 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 Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.
	Su cobertura del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales finalizará si se jubila con una edad mínima de jubilación (MRA, minimum retirement age) + 10 años de jubilación y pospone la recepción de su anualidad. Puede inscribirse en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales nuevamente cuando comience a recibir su anualidad.
<b>Pensionados sobrevivientes</b>	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.
<b>Indemnizados</b>	Un indemnizado es una persona que recibe una indemnización mensual de la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, Office of Workers' Compensation Programs) 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 el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales o continuar con la inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales en estado de compensación.

## **Persona elegible para TRICARE**

Un individuo que es elegible para la cobertura de servicios dentales del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales en función de la elegibilidad del individuo para estar previamente cubierto por el Programa Dental para Jubilados de TRICARE o una persona elegible para la cobertura para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales en función de la inscripción del individuo en un plan de salud de TRICARE específico.

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 del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

Estas personas, si están inscritas en un plan de salud de TRICARE, también son elegibles para la cobertura para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. 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 del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

## **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 del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales y las reglas del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal 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/](http://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, los 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 el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, independientemente de la elegibilidad del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal o la recepción de una anualidad o parte de una anualidad:

- Pensionados diferidos.
- Excónyuges de empleados o pensionados. **Nota:** Los excónyuges de personas elegibles para TRICARE pueden inscribirse en un plan dental del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales
- Afiliados de la Continuación temporal de la cobertura (TCC, Temporary Continuation of Coverage) del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.
- 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 plan dental de TRICARE (TDP, TRICARE Dental Plan)
- Empleados temporales o estacionales que no cumplen con las 130 horas por mes calendario durante 90 días

## Sección 2 Inscripción

### Inscríbase a través de BENEFEDS

**Debe usar BENEFEDS para inscribirse o cambiar la inscripción en un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales. BENEFEDS es un sitio web de inscripción seguro ([www.BENEFEDS.gov](http://www.BENEFEDS.gov)) patrocinado por la Oficina de Administración de Personal.** Si no tiene acceso a una computadora, llame al 1-877-888-FEDS (3337), TTY: 711, Internacional: 1-571-730-5942 para inscribirse o cambiar su inscripción.

**Si actualmente está inscrito en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales y no desea cambiar de plan, su inscripción continuará automáticamente. Tenga en cuenta que:** Las primas de sus planes pueden cambiar para 2026.

**Nota:** No puede inscribirse ni cambiar la inscripción en un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales 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

**Individual únicamente:** una inscripción Individual únicamente lo cubre solo a usted como empleado o inscrito en la anualidad. Puede elegir una inscripción Individual únicamente aunque tenga una familia; sin embargo, sus familiares no estarán cubiertos por el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

**Individual + Uno:** una inscripción Individual + Uno lo cubre a usted como empleado o beneficiario inscrito de la anualidad y a un familiar elegible que usted especifique. Puede elegir una inscripción Individual + Uno aunque tenga familiares elegibles adicionales, pero estos no estarán cubiertos por el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

**Individual y Familia:** una inscripción Individual y Familia lo 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 del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, esa persona no puede estar inscrita ni cubierta como familiar por otro plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que ofrezca el mismo tipo de cobertura; es decir, usted (o los familiares cubiertos) no puede estar cubierto por dos planes de servicios dentales del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales o dos planes para la vista del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

### Temporada de inscripciones abiertas

Si usted es un empleado elegible, pensionado o individuo elegible para TRICARE, puede inscribirse en un plan dental o de la vista durante la temporada de inscripciones abiertas del 10 de noviembre de 2025 hasta la medianoche, hora del este, del 8 de diciembre de 2025. La cobertura está vigente a partir del 1.<sup>º</sup> de enero de 2026.

Durante las próximas temporadas anuales de inscripciones abiertas, puede inscribirse en un plan o cambiar o cancelar su cobertura dental o de la vista. La fecha de entrada en vigencia de estas inscripciones y cambios de temporada de inscripciones abiertas será establecida por la Oficina de Administración de Personal. **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 beneficiario de anualidad sobreviviente si aún no está cubierto por el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales;
- un empleado que regresa al servicio después de una interrupción en el servicio de al menos 31 días; o
- Una persona elegible para TRICARE.

***Evento de vida elegible:***

un evento de vida elegible (QLE, qualifying life event) 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 lista 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**

**Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción**

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 (afiliado 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 (Leave without pay, LWOP)**

De no inscrito a inscrito: **Sí (si la inscripción se canceló durante la 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.

Las inscripciones y los cambios de inscripción realizados en función de un QLE entran en vigencia el primer día del período de pago posterior al que BENEFEDS recibe 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.

**Excepción del Departamento de Asuntos de Veteranos para cancelación**

En general, puede cancelar su inscripción solo durante la temporada anual de inscripciones abiertas. Sin embargo, si usted es un afiliado del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que paga primas **después de impuestos**, y usted, su familiar o un familiar de un individuo elegible para TRICARE (TEI, TRICARE-eligible individual) se vuelven elegibles

para los beneficios dentales o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, Veterans Affairs), entonces **puede** cambiar su tipo de inscripción o cancelar su inscripción dentro de los 60 días de recibir la notificación de elegibilidad dental o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos. Este período de 60 días puede quedar fuera de la temporada de inscripciones abiertas. La documentación de elegibilidad dental o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos debe enviarse a la Oficina de Administración de Personal a través del buzón de BENEFEDS ([benefedsportal@opm.gov](mailto:benefedsportal@opm.gov)) dentro de los 60 días de la notificación para respaldar el cambio o la cancelación de la inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

Si usted es un afiliado del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales que paga primas **antes de impuestos**, y usted, su familiar o un familiar de un TEI se vuelven elegibles para los beneficios dentales o de la vista del Departamento de Asuntos de Veteranos, **no puede** cambiar ni cancelar su inscripción en el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales hasta la próxima temporada de inscripciones abiertas.

Los afiliados del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales pueden verificar si están pagando sus primas antes o después de impuestos comunicándose con BENEFEDS al 1-877-888-3337, TTY: 711, Internacional: 1-571-730-5942.

#### **Cuándo termina la cobertura**

La cobertura finaliza para empleados federales activos y jubilados y empleados del Servicio Postal de los EE. UU. 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;
- el patrocinador o el afiliado principal abandona el servicio activo
- usted inicia un período sin goce de sueldo o recibe un pago insuficiente para que se retengan sus primas del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales y no realiza pagos directos de primas a BENEFEDS;
- usted realiza pagos directos de primas a BENEFEDS y deja de realizar los pagos;
- usted cancela la inscripción durante la temporada de inscripciones abiertas.

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 al Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, no hay una extensión de la cobertura de 31 días. Las siguientes opciones TAMPOCO están disponibles en virtud de los planes del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales:**

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

**Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales/Planes de Salud con un deducible alto y Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales**

**Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales/Planes de Salud con un deducible alto y Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales**

Si planea inscribirse en una Cuenta de gastos flexibles para atención médica (HCFS, Health Care Flexible Spending Account) del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles (FSAFEDS, Federal Flexible Spending Account Program) o una Cuenta de gastos flexibles para atención médica de gastos limitados (LEX HCFS, Limited Expense Health Care Flexible Spending Account), o cualquier cuenta de gastos flexibles, debe considerar cómo la cobertura de un plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales afectará sus gastos anuales y, por lo tanto, el monto que debe asignar a una cuenta del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles. Tenga en cuenta que las primas de seguro no son gastos elegibles para ningún tipo de FSA.

Revise la Publicación 969 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, Internal Revenue Service), Cuentas de Ahorros Médicos y Otros Planes de Salud con ventajas Impositivas ([www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969](http://www.irs.gov/forms-pubs/about-publication-969)) para obtener información adicional sobre las transferencias y los montos de contribución para el próximo año fiscal. Si tiene una cuenta de HCFS o LEX HCFS del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles y no ha agotado sus fondos antes del 31 de diciembre del año del plan, el Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles puede transferir automáticamente un monto máximo establecido de fondos no gastados a otra cuenta de atención médica o cuenta de gastos limitados para el año siguiente. Para ser elegible para la transferencia, debe ser empleado de una agencia que participe en el Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles 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 las transferencias. Su reinscripción debe alcanzar el monto de contribución mínimo para el año del plan. Si no se reinscribe, o si no es empleado de una agencia que participa en el Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles 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 Servicio de Impuestos Internos exige que usted renuncie a cualquier dinero para el cual no haya incurrido en un gasto elegible y presente una reclamación en el período permitido. Esto se conoce como la regla “se usa o se pierde”. Considere cuidadosamente la cantidad que elegirá.

Los participantes actuales del Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles deben volver a inscribirse para participar en el programa el próximo año. Consulte <https://www.fsafeds.gov> o llame al 1-877-FSAFEDS (372-3337) o TTY: 1-866-353-8058. **Nota: El Programa Federal de Cuentas de Gastos Flexibles 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 médicos (HSA, health savings account) o un Convenio de reembolso de gastos médicos (HRA, Health reimbursement arrangement), puede usar su HSA o HRA para pagar los costos de servicios dentales o para la vista calificados que no estén cubiertos por sus planes del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y el Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.

## 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 titular del contrato recibirá dos tarjetas de identificación de BCBS FEP Dental. Las tarjetas de identificación solo tendrán el nombre del titular del contrato. Dado que la mayoría de los planes del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal ofrecen algún nivel de beneficios dentales aparte de su cobertura del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, presentar ambas tarjetas de identificación puede garantizar que reciba el beneficio máximo permitido en cada programa junto con un procesamiento preciso y oportuno de las reclamaciones.

Los miembros existentes a los que se les hayan emitido anteriormente tarjetas de identificación no recibirán nuevas tarjetas de identificación a menos que se solicite lo contrario. Puede solicitar una tarjeta de identificación de reemplazo a través de [www.bcbsfepdental.com](http://www.bcbsfepdental.com) o llamando a Servicio al Cliente al 1-855-504-BLUE (2583).

Una tarjeta de identificación no es una 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 obtener la atención cubierta

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

### Dentistas del plan

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

### Dentro de la red

BCBS FEP Dental negocia las tarifas con los dentistas para ayudar a reducir sus costos. Nos referimos a estos dentistas como dentro de la red. Si acude a uno de estos dentistas, los beneficios se pagan al nivel dentro de la red. Para encontrar un dentista en su área, visite [www.bcbsfepdental.com/findadentist](http://www.bcbsfepdental.com/findadentist) o comuníquese con Servicio al Cliente al 1-855-504-BLUE (2583).

**Nota: La red de proveedores de BCBS FEP Dental puede ser distinta de la red de atención médica del Programa para 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 con licencia. Si el dentista que usted usa no forma parte de nuestra red, pagaremos sus servicios según un nivel de beneficios fuera de la red y la asignación del plan, lo que dará como resultado un beneficio máximo anual más bajo. Usted es responsable del pago de la diferencia entre nuestro pago y la cantidad facturada. Si elige usar servicios fuera de la red, pagaremos nuestra parte directamente al titular del contrato.

### Cuidado de emergencia

Los cuidados de emergencia se definen como aquellos servicios dentales necesarios para aliviar el dolor o prevenir el empeoramiento de una afección que sería causada por una demora.

### Estimaciones previas al tratamiento

Las estimaciones previas al tratamiento no son obligatorias. Sin embargo, le recomendamos que su dentista envíe una estimación previa al tratamiento si está considerando atención dental importante o amplia, como servicios de implante o dentaduras postizas parciales fijas. Las estimaciones previas al tratamiento deben incluir un plan de tratamiento integral y la documentación de respaldo necesaria, como notas de historias clínicas, imágenes radiográficas y fotografías.

Si se puede utilizar más de un servicio para tratar una afección dental, los beneficios pueden alternarse con un procedimiento menos costoso que cumpla con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica dental.

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 asignación del plan se basa en su elegibilidad actual y los beneficios en vigencia al momento de la estimación previa al tratamiento. La presentación de otras reclamaciones o cambios en la elegibilidad o los beneficios puede alterar el pago final. Una estimación previa al tratamiento no es una garantía de beneficios.

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

Presente estimaciones previas al tratamiento a BCBS FEP Dental a la siguiente dirección. 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 menos costoso, según lo considere un profesional dental como adecuado y que cumpla con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica dental.

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.

Ejemplo: Si el profesional de servicios dentales determina que un 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 relacionados del implante, y se puede aprobar la asignación para el tratamiento menos costoso.

#### **Revisión de servicios dentales**

Algunos servicios dentales presentados en una reclamación pueden revisarse para determinar los beneficios y la necesidad dental. Esta revisión es realizada por profesionales de servicios dentales con licencia que revisarán la documentación clínica y las imágenes de diagnóstico presentadas por el dentista que lo trata.

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

#### **Primer pagador del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal**

Es importante saber que, según los requisitos del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, el plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal siempre será el primer pagador cuando también esté cubierto por BCBS FEP Dental. Por lo tanto, siempre proporcione a su consultorio dental sus tarjetas de identificación del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y BCBS FEP Dental en cada cita. Su consultorio dental debe enviar primero sus reclamaciones a la aseguradora del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal.

Cuando visita a un proveedor que participa en su plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y en su plan del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, el

plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal 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 del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y BCBS FEP Dental y la asignación del plan.

Somos responsables de facilitar el proceso si el pagador principal del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal es el plan médico FEP.

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 \$35 (hasta 2 evaluaciones por año). Si su dentista cobra el copago por adelantado, debe reembolsar el copago en su totalidad una vez que la reclamación se haya procesado en virtud de BCBS FEP Dental.

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

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

Tarifa del dentista de Clase B: \$108.00

Pago del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal: \$16.00

Asignación del plan BCBS FEP Dental: \$60.00

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

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

**Ejemplo 2:** Opción Alta (dentista fuera de la red).

Tarifa del dentista de Clase B: \$108.00

Pago del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal: \$16.00

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

Responsabilidades 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 usted está cubierto por un plan que no sea el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales ni el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal, 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 en virtud de otra cobertura de beneficios de salud grupales (que no sea el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales ni el Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal) 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. Consulte los siguientes ejemplos que suponen que se han alcanzado todos los deducibles y que no se han alcanzado los valores máximos anuales.

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

Tarifa del dentista de Clase B: \$121.00

Pago del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal: \$60.50

Asignación del plan BCBS FEP Dental: \$73.00

Pago de BCBS FEP Dental: \$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)

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

Tarifa del dentista de Clase B: \$121.00

Pago del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal: \$96.80

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

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

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

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

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 en [www.BENEFEDS.gov](http://www.BENEFEDS.gov) 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 calificación****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 beneficio que si utilizara los servicios de un dentista dentro de la red. Un área de acceso limitado es una distancia en automóvil superior a 15 millas en áreas urbanas, o superior a 35 millas en áreas rurales. Usted es responsable del pago de cualquier diferencia entre la cantidad facturada y nuestro pago.

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

---

## Sección 4 Su costo por los servicios cubiertos

---

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

**Deductible**

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 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 autorizada que debe pagar por su atención.

El coseguro no comienza hasta que alcanza 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 %

<b>Beneficio anual máximo</b>	Una vez que alcance esta cantidad, usted será responsable de todos los cargos adicionales. Los máximos de beneficios anuales dentro de cada opción del plan se combinan entre los servicios dentro y fuera de la red. El máximo de beneficio anual total nunca será mayor que el beneficio anual máximo dentro de la red.
<b>Beneficio anual máximo:</b>	
Opción Alta dentro de la red: Sin límite Opción Estándar dentro de la red: \$1,500 Opción Alta fuera de la red: \$3,000 Opción Estándar fuera de la red: \$750	
<b>Máximo de beneficios de por vida</b>	El máximo de beneficio de por vida se aplica únicamente a los beneficios de ortodoncia. No hay otros máximos de beneficio de por vida en virtud de este plan.
<b>Máximo de beneficios de por vida</b>	
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	
<b>Servicios dentro de la red</b>	Usted paga el porcentaje del coseguro de nuestra asignación por 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 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 dentista de una ubicación diferente no pertenezca a la red. Es su responsabilidad asegurarse de que el dentista indicado esté activo y dentro de la red en el momento y el lugar en el que recibe los servicios.
<b>Servicios fuera de la red</b>	Si el dentista que lo atiende no forma parte de nuestra red, los beneficios se considerarán como nivel fuera de la red. Todos los servicios prestados por un dentista fuera de la red se pagarán a niveles fuera de la red, excepto los beneficios de acceso limitado. 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 la cantidad facturada que supere la asignación del plan.
<b>Asignación del plan</b>	Nuestra asignación del plan es el monto que utilizamos para calcular nuestro pago y su coseguro por servicios cubiertos. Calculamos nuestra asignación de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para dentistas dentro de la red, según nuestras tarifas para servicios dentales contratados. El miembro no es responsable de los montos facturados que superen la asignación del plan.</li> <li>• 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 seguro) se utilizan para determinar la asignación del plan fuera de la red. El miembro es responsable de cualquier cantidad facturada por dentistas fuera de la red que esté por encima de la asignación del plan, más su cantidad de coseguro.</li> </ul>
<b>Año calendario</b>	El año calendario se refiere al año del plan, que se define como del 1. <sup>º</sup> de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026.
<b>Cuidado de emergencia</b>	Los servicios relacionados con emergencias o accidentes están cubiertos de la misma manera que cualquier otro beneficio.

**Tratamiento en curso**

El tratamiento en curso para dependientes de miembros en servicio activo que se jubilen y que estaban inscritos en el Programa dental de TRICARE (TDP, TRICARE Dental Program) estará cubierto para el año del plan 2026, 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 asunción de pagos por servicios de ortodoncia cubiertos hasta los límites de la póliza del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales, y el pago total, cuando corresponda, hasta los términos de la póliza del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales para servicios cubiertos completados (pero no iniciados) en el año del plan 2026, como coronas e implantes.

## Sección 5 Servicios y suministros dentales

### de clase A básicos

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando se determina que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red. Si elige usar 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 de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.
- No hay un beneficio máximo anual de Opción Alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.
- El beneficio máximo anual de la Opción Estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción Estándar en cualquier año del plan.
- Las frecuencias entre su póliza del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y la póliza BCBS FEP Dental se combinan, no por separado (p. ej., si 2 exámenes bucales están cubiertos por su póliza del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal y 2 exámenes bucales están cubiertos por BCBS FEP Dental, se cubrirá un total de 2 exámenes bucales y la cobertura coordinará entre las pólizas).
- La siguiente es una lista completa de los servicios cubiertos.

#### Usted paga:

##### Opción Alta

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

##### Opción Estándar

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

### Servicios de diagnóstico

D0120 Evaluación bucal periódica, paciente establecido, *límite de 2 por año calendario; consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección*

D0140 Evaluación bucal limitada, centrada en el problema, *límite de 1 por año calendario*

D0145 Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el cuidador principal, *límite de 2 por año calendario; consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección*

D0150 Evaluación bucal integral, paciente nuevo o establecido, *límite de 1 por año calendario; consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección*

D0160 Evaluación bucal exhaustiva y detallada, centrada en el problema, por informe, *límite de 1 por año calendario*

D0180 Evaluación periodontal integral, paciente nuevo o establecido, *límite de 1 por año calendario; consulte las limitaciones de beneficios adicionales al final de esta sección. Se alternará a una evaluación bucal periódica D0120 paciente establecido si se factura con D4910 mantenimiento periodontal.*

D0210 Intrabucal, serie integral de imágenes radiográficas, *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 (continuación)

D0220 Intrabucal, primera imagen radiográfica periapical
D0230 Intrabucal, periapical, cada radiografía adicional.
D0240 Intrabucal, radiografía oclusal.
D0250 Extrabucal, imagen radiográfica radiografía de proyección 2D creada con un detector y una fuente de radiación estacionaria.
D0251 Extrabucal, imagen radiográfica dental posterior
D0270 Aleta de mordida, individual, imagen radiográfica, <i>límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para individuos de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás</i>
D0272 Aleta de mordida, dos imágenes radiográficas, <i>límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para individuos de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás</i>
D0273 Aleta de mordida, tres imágenes radiográficas, <i>límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para individuos de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás</i>
D0274 Aleta de mordida, cuatro imágenes radiográficas, <i>límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para individuos de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás</i>
D0277 Aleta de mordida vertical, de 7 a 8 imágenes radiográficas, <i>límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para individuos de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás</i>
D0330 Imagen radiográfica panorámica, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D0372 Tomosíntesis intrabucal, serie integral de imágenes radiográficas, <i>límite de 1 cada 60 meses para cualquier combinación de serie integral de radiografías</i>
D0373 Tomosíntesis intrabucal, individual, imagen radiográfica de aleta de mordida, <i>límite de 2 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para individuos de hasta 22 años, 1 por año calendario de cualquier combinación de aletas de mordida para todos los demás</i>
D0374 Tomosíntesis intrabucal, radiografía periapical.
D0425 Pruebas de susceptibilidad a las caries.
D0486 Acceso al laboratorio de la muestra citológica transepitelial, examen microscópico, preparación y transmisión del informe escrito.

### Notas y limitaciones de los servicios de diagnóstico básicos de Clase A:

Evaluaciones no centradas en el problema: límite de 2 por año calendario

- D0120 Evaluación bucal periódica, paciente establecido, D0145 Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el cuidador primario, D0150 Evaluación bucal integral, paciente nuevo o establecido, y D0180 Evaluación periodontal integral, paciente nuevo o establecido se combinan y se limitan a un total de 2 por año.
  - D0150 Evaluación bucal integral, paciente nuevo o establecido y D0180 Evaluación periodontal integral, paciente nuevo o establecido se combinan y se limitan a 1 por año calendario.
  - Las evaluaciones bucales integrales que excedan el límite de 1 por año calendario se procesarán como una evaluación periódica.

### Diagnóstico por Imágenes

- 14 o más imágenes radiográficas en la misma fecha de servicio se procesarán como D0210 Intrabucal, serie integral de imágenes radiográficas.
- Las imágenes radiográficas de aletas de mordida con la misma fecha de servicio que una imagen radiográfica panorámica se procesarán como D0210 Intrabucal, serie integral de imágenes radiográficas.

## Servicios preventivos

D1110 Profilaxis, adulto, *límite de 3 durante el año calendario. Para pacientes de 13 años o menos se procesará como D1120 Profilaxis, niño. Información adicional en la página siguiente.*

D1120 Profilaxis, niño, *límite de 3 durante el año calendario. Para pacientes de 14 años o más se procesará como D1110 Profilaxis, adulto. Información adicional en la página siguiente.*

Atención preventiva (continúa en la página siguiente)

## Servicios preventivos (continuación)

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

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

D1351 Sellador, por pieza dental, *1.<sup>er</sup> y 2.<sup>º molar permanente no restaurados para individuos de hasta 22 años, límite de 1 cada 36 meses</sup>*

D1353 Reparación del sellador, por pieza dental, *1.<sup>er</sup> y 2.<sup>º molar permanente no restaurados para individuos de hasta 22 años, límite de 1 cada 36 meses</sup>*

D1354 Aplicación de medicamento para detener caries, por pieza dental - *Limitado a molares y premolares*

D1510 Mantenedor de espacio, fijo, unilateral, por cuadrante, *limitado a individuos de hasta 22 años*

D1516 Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, maxilar, *limitado a individuos de hasta 22 años*

D1517 Mantenedor de espacio, fijo, bilateral, mandibular, *limitado a individuos de hasta 22 años*

D1520 Mantenedor de espacio, extraíble, unilateral, por cuadrante, *limitado a individuos de hasta 22 años*

D1526 Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, maxilar, *limitado a individuos de hasta 22 años*

D1527 Mantenedor de espacio, extraíble, bilateral, mandibular, *limitado a individuos de hasta 22 años*

D1551 Recementación o readhesión del separador bilateral, maxilar.

D1552 Recementación o readhesión del separador bilateral, mandibular.

D1553 Recementación o readhesión del separador unilateral, por cuadrante.

D1556 Extracción de mantenedor de espacio fijo unilateral, por cuadrante, *permitido si lo extrae un dentista o consultorio dental que no colocó originalmente el aparato*

D1557 Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral, maxilar, *permitido si lo extrae un dentista o consultorio dental que no colocó originalmente el aparato*

D1558 Extracción de mantenedor de espacio fijo bilateral, mandibular, *permitido si lo extrae un dentista o consultorio dental que no colocó originalmente el aparato*

D1575 Mantenedor de espacio tipo zapatilla distal, fijo, unilateral, por cuadrante, *limitado a individuos de hasta 22 años*

### Notas sobre los servicios preventivos básicos de Clase A:

- Profilaxis y descamación en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: Límite de 3 por año calendario para cualquier combinación de D1110 Profilaxis, adulto, D1120 Profilaxis, niño y D4346 Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa, después de la evaluación bucal. Los niños de 13 años o menos se procesarán como D1120 Profilaxis, niño, y los de 14 años o más se procesarán como D1110 Profilaxis, adulto.
- Los procedimientos de profilaxis preventiva no están permitidos, sin responsabilidad del miembro, cuando se presenten en la misma fecha de servicio que los procedimientos periodontales no quirúrgicos o de mantenimiento periodontal.

#### Servicios no cubiertos:

- Programas de control de placas
- Instrucciones sobre higiene bucal
- Instrucciones de alimentación
- Productos dentales de venta libre, como blanqueadores dentales, pasta dental, hilo dental
- Selladores para piezas dentales que no sean el 1.<sup>er</sup> y 2.<sup>º molar permanente</sup>

## Procedimientos adicionales cubiertos como servicios básicos

D9110 Tratamiento paliativo para el 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 de los horarios programados regularmente

## Servicios no cubiertos

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

## Clase B intermedia

	<p><b>Información importante que debe tener en cuenta acerca de estos beneficios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando nosotros determinemos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica.</li><li>• El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red.</li><li>• Si elige usar 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 de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.</li><li>• No hay un beneficio máximo anual de Opción Alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red. Sin embargo, se pueden aplicar beneficios alternativos. Consulte la Sección 7, Cosas que no cubrimos, para obtener una lista de exclusiones y limitaciones.</li><li>• El beneficio máximo anual de la Opción Estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción Estándar en cualquier año del plan.</li><li>• Para los servicios de incrustación “inlay”, si decide optar por el beneficio alternativo de un empaste, el límite de tiempo sería de 1 cada 24 meses.</li><li>• El tratamiento en curso para los dependientes de los afiliados de TDP jubilados estará cubierto para el año del plan 2026. Esto es independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro.</li><li>• La siguiente es una lista completa de los servicios cubiertos.</li></ul> <p><b>Usted paga:</b></p> <p><b>Opción Alta</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dentro de la red:</b> Sin deducible; usted paga el 30 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan. Para los niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.</li><li>• <b>Fuera de la red:</b> deducible de \$50; usted paga el 40 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</li></ul> <p><b>Opción Estándar</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dentro de la red:</b> Sin deducible; usted paga el 45 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan. Para los niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.</li><li>• <b>Fuera de la red:</b> deducible de \$75; usted paga el 60 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.</li></ul>	
--	---	--

## Servicios de restauración menor

D2140 Amalgama, una superficie, pieza dental primaria o permanente, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2150 Amalgama, dos superficies, pieza dental primaria o permanente, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2160 Amalgama, tres superficies, pieza dental primaria o permanente, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2161 Amalgama, cuatro o más superficies, pieza dental primaria o permanente, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2330 Compuesto a base de resina, una superficie, pieza dental anterior, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2331 Compuesto a base de resina, dos superficies, pieza dental anterior, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2332 Compuesto a base de resina, tres superficies, pieza dental anterior, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2335 Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, (pieza dental anterior), <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2390 Corona de compuesto a base de resina, pieza dental anterior, <i>límite de cada 24 meses por pieza dental</i>
D2391 Compuesto a base de resina, una superficie, pieza dental posterior, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2392 Compuesto a base de resina, dos superficies, pieza dental posterior, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2393 Compuesto a base de resina, tres superficies, pieza dental posterior, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2394 Compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, pieza dental posterior, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental</i>
D2510 Incrustación “inlay”, metálica, una superficie, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2520 Incrustación “inlay”, metálica, dos superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2530 Incrustación “inlay”, metálica, tres o más superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2610 Incrustación “inlay”, porcelana/cerámica, una superficie, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2620 Incrustación “inlay”, porcelana/cerámica, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2630 Incrustación “inlay”, porcelana/cerámica, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2650 Incrustación “inlay”, compuesto a base de resina, una superficie, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2651 Incrustación “inlay”, compuesto a base de resina, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2652 Incrustación “inlay”, compuesto a base de resina, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2910 Recementación o readhesión de incrustación "inlay", incrustación "onlay", carilla o restauración de cobertura parcial, <i>límite de 1 cada 6 meses después de la instalación inicial, si se realiza antes de 6 meses desde la colocación, no hay responsabilidad para el paciente.</i>
D2915 Recementación o readhesión de postes y núcleos fabricados indirectamente o prefabricados, <i>límite de 1 cada 6 meses después de la instalación inicial, si se realiza antes de 6 meses desde la instalación, no hay responsabilidad para el paciente.</i>
D2920 Recementación o readhesión de corona, <i>límite de 1 cada 6 meses después de la colocación inicial, si se realiza antes de 6 meses desde la instalación, no hay responsabilidad para el paciente.</i>
D2921 Recolocación de fragmento de pieza dental, borde incisal o cúspide, <i>límite de 1 cada 24 meses por superficie por pieza dental, incluido con los empastes</i>
D2928 Corona prefabricada de porcelana/cerámica, pieza dental permanente, <i>límite de 1 por cada pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, se proporcionará un beneficio alternativo</i>

D2929 Corona prefabricada de porcelana/cerámica, pieza dental primaria, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2930 Corona prefabricada de acero inoxidable, pieza dental primaria, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años</i>
D2931 Corona prefabricada de acero inoxidable, pieza dental permanente, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años</i>
D2940 Colocación de restauración directa provisional
D2951 Retención de perno, por pieza dental, además de la restauración.
D2989 Excavación de una pieza dental que resulta en la determinación de no restauración, <i>límite de 1 por pieza dental de por vida</i>
D7288 Biopsia con cepillo, recolección de muestras transepiteliales, <i>límite de 1 cada 12 meses</i>

**Notas sobre los servicios restaurativos intermedios menores de Clase B:**

- Las restauraciones son beneficios cubiertos solo cuando son necesarias para reemplazar la estructura dental debido a una fractura o caries

**Servicios de endodoncia**

D3110 Recubrimiento de la pulpa, directo (no incluye la restauración final).
D3120 Recubrimiento de la pulpa, indirecto (no incluye la restauración final).
D3220 Pulpotomía terapéutica (excluye la restauración final), extracción de pulpa coronal a la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, <i>piezas dentales primarias solamente, 1 por vida</i>
D3221 Desbridamiento pulpar, piezas dentales primarias o permanentes.
D3222 Pulpotomía parcial para apexogénesis, pieza dental permanente con desarrollo radicular incompleto, <i>límite de 1 por vida</i>
D3230 Terapia pulpar (empaste reabsorbible), pieza dental primaria anterior (no incluye la restauración final), <i>límite de 1 por vida</i>
D3240 Terapia pulpar (empaste reabsorbible), pieza dental primaria posterior (no incluye la restauración final), <i>límite de 1 por vida</i>
D3355 Regeneración pulpar, visita inicial
D3356 Regeneración pulpar, reemplazo del medicamento provisorio
D3357 Regeneración pulpar, finalización del tratamiento

**Servicios periodontales**

D4341 Alisado radicular y raspado periodontal, cuatro o más piezas dentales por cuadrante, <i>límite de 1 cada 24 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio</i>
D4342 Alisado radicular y raspado periodontal, de una a tres piezas dentales por cuadrante, <i>límite de 1 cada 24 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio</i>
D4346 Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa, después de la evaluación bucal, <i>límite de 3 en combinación con D1110 Profilaxis, adulto o D1120 Profilaxis, niño, durante el año calendario</i>
D4381 Administración localizada de agentes antimicrobianos a través de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por pieza dental - <i>El servicio está cubierto para la enfermedad periodontal residual con inflamación y cuando sea necesario para tratar sitios específicos que no responden al tratamiento periodontal activo previo</i>
D4910 Mantenimiento periodontal, <i>límite de 4 durante el año calendario combinado con profilaxis para adultos y raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, después de completar la terapia periodontal activa</i>

**Notas sobre los servicios periodontales de Clase B:**

- D4341 Raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más piezas dentales por cuadrante y D4342 Raspado periodontal y alisado radicular – de una a tres piezas dentales por cuadrante se combinan y limitan a 1 cada 24 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio.

## Servicios de prostodoncia

D5410 Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5411 Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5421 Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5422 Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5511 Reparación de base de dentadura postiza completa rota, mandibular, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5512 Reparación de base de dentadura postiza completa rota, maxilar, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5520 Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas, dentadura postiza completa, por pieza dental, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5611 Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5612 Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5621 Reparación de estructura parcial fundida, mandibular, <i>límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la instalación inicial</i>
D5622 Reparación de estructura parcial fundida, <i>límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la instalación inicial</i>
D5630 Reparación o reemplazo de materiales de sujeción rotos por pieza dental, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5640 Reemplazo de piezas dentales faltantes o rotas, dentadura postiza parcial, por pieza dental, <i>límite de 1 por año a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5650 Adición de una pieza dental a una dentadura postiza parcial existente, por pieza dental, <i>límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la instalación inicial</i>
D5660 Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente, por pieza dental, <i>límite de 1 por año a partir de los 6 meses posteriores a la instalación inicial</i>
D5670 Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílicos en estructura de metal fundida (maxilar), <i>límite de 2 cada 24 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5671 Reemplazo de todas las piezas dentales y acrílicos en estructura de metal fundida (mandibular), <i>límite de 2 cada 24 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5710 Rebasado de dentadura postiza completa maxilar, <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5711 Rebasado de dentadura postiza completa mandibular, <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5720 Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar, <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5721 Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular, <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5725 Rebasado de prótesis híbrida, <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5730 Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (directo), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5731 Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (directo), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5740 Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (directo), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5741 Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (directo), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5750 Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (indirecto), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>

D5751 Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (indirecto), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5760 Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5761 Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto), <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5765 Revestimiento suave para dentadura postiza extraíble completa o parcial, indirecto, <i>límite de 1 cada 36 meses a partir de 6 meses después de la instalación inicial</i>
D5850 Acondicionamiento de tejido, maxilar, <i>no permitido si se realiza dentro de los 180 días de la colocación de la prótesis.</i>
D5851 Acondicionamiento de tejido, mandibular, <i>no permitido si se realiza dentro de los 180 días de la colocación de la prótesis</i>
D6096 Extracción del tornillo de retención del implante roto, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6930 Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija, <i>límite de 1 por puente a partir de los 6 meses posteriores a la instalación inicial</i>
D6980 Reparación de dentadura postiza parcial fija, necesaria por la falla de material restaurativo
D9120 Seccionamiento de dentadura postiza parcial fija, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>

**Notas sobre los servicios de prostodoncia intermedia de Clase B:**

- Para fines de informes y beneficios, la fecha de finalización de las coronas y las dentaduras postizas parciales fijas es la fecha de cementación. La fecha de finalización es la fecha de colocación de los aparatos de prostodoncia extraíbles. Para las dentaduras postizas inmediatas, el dentista que fabricó la dentadura postiza puede recibir un reembolso por el servicio después de la colocación por parte de otro dentista (p. ej., un cirujano bucal).
- El acondicionamiento de tejidos se considera inclusivo cuando se realiza el mismo día que la colocación de una dentadura postiza o un revestimiento/rebasado.

### **Cirugía bucal**

D7111 Extracción de restos coronales, pieza dental primaria
D7140 Extracción de una pieza dental erupcionada o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps).
D7210 Extracción de una pieza dental erupcionada que requiere la extracción de hueso o seccionamiento de la pieza dental e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si está indicada
D7220 Extracción de pieza dental impactada, tejido blando.
D7230 Extracción de pieza dental impactada, osificación parcial.
D7240 Extracción de pieza dental impactada, osificación total.
D7241 Extracción de pieza dental impactada, completamente incluido en hueso, con complicaciones quirúrgicas inusuales
D7250 Extracción quirúrgica de raíces residuales (procedimiento de corte)
D7251 Coronectomía, extracción parcial intencional solo de la pieza dental impactada.
D7270 Reimplante o estabilización de pieza dental accidentalmente avulsionado o desplazado.
D7272 Trasplante dental (incluye reimplante de un lugar a otro y ferulización o estabilización)
D7280 Exposición de una pieza dental no erupcionada
D7310 Alveoloplastia en conjunción con extracciones, cuatro piezas dentales o más o espacios dentales por cuadrante.
D7311 Alveoloplastia junto con extracciones, de 1 a 3 piezas o espacios dentales, por cuadrante.
D7320 Alveoloplastia no asociada a extracciones, cuatro piezas dentales o más o espacios dentales por cuadrante.
D7321 Alveoloplastia no realizada junto con extracciones, de 1 a 3 piezas o espacios dentales, por cuadrante.
D7471 Extracción de exostosis lateral, (maxilar o mandibular)
D7485 Reducción de la tuberosidad ósea
D7510 Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal suave.
D7910 Sutura de lesiones pequeñas recientes de hasta 5 cm.
D7921 Recolección y aplicación de producto concentrado de sangre autólogo, <i>límite de 1 en 36 meses</i>
D7953 Injerto de reemplazo óseo para la conservación de hueso alveolar, por sitio, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D7971 Escisión gingival pericoronal.

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

D7999 Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe.

**Notas de cirugía oral intermedia de Clase B:**

- Los injertos de reemplazo óseo para la conservación del hueso alveolar están excluidos cuando se realizan en relación con una extracción dental o un lugar de extracción de implantes cuando un implante previsto no está cubierto o no es elegible.

**Servicios no cubiertos**

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

## Clase C mayor

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando nosotros determinemos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red.
- Si elige usar 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 de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.
- No hay un beneficio máximo anual de Opción Alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.
- El beneficio máximo anual de la Opción Estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción 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 menos costoso, según lo considere un profesional dental como adecuado y que cumpla con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica dental. 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.
- Las estimaciones previas al tratamiento no son obligatorias. Sin embargo, le recomendamos que su dentista envíe un presupuesto previo al tratamiento si está considerando atención dental importante o amplia. Los presupuestos previos al tratamiento deben incluir un plan de tratamiento integral y la documentación de respaldo necesaria, como notas de historias clínicas, imágenes radiográficas y fotografías. Los beneficios pueden alternarse con un procedimiento menos costoso que cumpla con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica dental. 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 asignación del plan se basa en su elegibilidad actual y los beneficios en vigencia al momento de la estimación previa al tratamiento. La presentación de otras reclamaciones o cambios en la elegibilidad o el beneficio puede alterar el pago final. Una estimación previa al tratamiento no es una garantía de beneficios.
- Todos los servicios que requieran más de una visita se pagarán una vez que se completen todas las visitas.
- El tratamiento en curso para los dependientes de los afiliados de TDP jubilados estará cubierto para el año del plan 2026. Esto es independientemente de cualquier exclusión del plan actual para la atención iniciada antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro.
- La siguiente es una lista completa de los servicios cubiertos.

### Usted paga:

#### Opción Alta

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 50 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan. Para los niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** deducible de \$50; usted paga el 60 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.

#### Opción Estándar

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

## Servicios de restauración mayor

D2542 Incrustación “onlay”, metálica, dos superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2543 Incrustación “onlay”, metálica, tres superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2544 Incrustación “onlay”, metálica, cuatro o más superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2642 Incrustación “onlay”, porcelana/cerámica, dos superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2643 Incrustación “onlay”, porcelana/cerámica, tres superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2644 Incrustación “onlay”, porcelana/cerámica, cuatro o más superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2662 Incrustación “onlay”, compuesto a base de resina, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D2663 Incrustación “onlay”, compuesto a base de resina, tres superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2664 Incrustación “onlay”, compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2710 Corona, compuesto a base de resina (indirecta), <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D2712 Corona, ¾ de compuesto a base de resina (indirecta), <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2720 Corona, resina con metal altamente noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2721 Corona, resina con metal predominantemente base, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2722 Corona, resina con metal noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses</i>
D2740 Corona, porcelana/cerámica, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2750 Corona, porcelana fusionada con metal altamente noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2751 Corona, porcelana fusionada con metal predominantemente base, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2752 Corona, porcelana fusionada con metal noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2753 Corona, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2780 Corona, 3/4 fundida en metal altamente noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2781 Corona, 3/4 fundida en metal predominantemente base, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2782 Corona, 3/4 fundida en metal noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2783 Corona, 3/4 porcelana/cerámica, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis Se deniega si se realiza en una pieza dental anterior.</i>
D2790 Corona, completamente fundida en metal altamente noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2791 Corona, completamente fundida en metal predominantemente base, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2792 Corona, completamente fundida en metal noble, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2794 Corona, titanio y aleaciones de titanio, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses, incluidas coronas, puentes, prótesis</i>
D2932 Corona prefabricada de resina, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años</i>
D2933 Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D2934 Corona de acero inoxidable estética, recubierta y prefabricada, pieza dental primaria, <i>límite de 1 por pieza dental cada 60 meses para pacientes de hasta 15 años</i>
D2950 Reconstrucción de núcleo, incluye cualquier perno cuando se requiera, <i>límite de 1 procedimiento de reconstrucción, por pieza dental cada 60 meses</i>
D2952 Poste y núcleo además de la corona, fabricados indirectamente, <i>límite de 1 procedimiento de reconstrucción, por pieza dental cada 60 meses</i>
D2954 Poste y núcleo prefabricado, además de la corona, <i>límite de 1 procedimiento de reconstrucción, por pieza dental cada 60 meses</i>
D2955 Extracción de poste

*Servicios de reconstrucción mayor (continúa en la página siguiente)*

## Servicios de restauración mayor (continuación)

D2971 Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que se ajuste a la estructura de la dentadura postiza parcial existente, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D2980 Reparación de corona necesaria por una falla del material de restauración, <i>límite de 1 cada 12 meses</i>
D2981 Reparación de incrustación “inlay” necesaria por una falla del material de restauración, <i>límite de 1 cada 12 meses</i>
D2982 Reparación de incrustación “onlay” necesaria por falla del material de restauración, <i>límite de 1 cada 12 meses</i>
D2983 Reparación de carillas necesaria por una falla del material de restauración, <i>límite de 1 cada 12 meses</i>
D2990 Infiltración de resina de lesiones de superficies lisas incipientes.

### Notas sobre los servicios restaurativos mayores de Clase C:

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

## Servicios de endodoncia

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

## Servicios periodontales

D4210 Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más piezas dentales contiguas o espacios de las piezas dentales unidas, por cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio*

D4211 Gingivectomía o gingivoplastia, una a tres piezas dentales contiguas o espacios de las piezas dentales unidas, por cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio*

D4212 Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso a procedimientos de restauración, por pieza dental, *límite de 1 cada 36 meses*

D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el raspado radicular, cuatro o más piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio*

D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el raspado radicular, una a tres piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio*

D4245 Colgajo posicionado apicalmente, *límite de 1 cada 36 meses, piezas dentales permanentes solamente*

D4249 Alargamiento clínico de corona, tejido duro.

D4260 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y el cierre), cuatro o más piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio*

D4261 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y el cierre), una a tres piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio*

D4263 Injerto de reemplazo óseo, pieza dental natural retenida, primer sitio en el cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, piezas dentales permanentes solamente*

D4264 Injerto de reemplazo óseo, pieza dental natural retenida, cada sitio adicional en el cuadrante, *límite de 1 cada 36 meses, piezas dentales permanentes solamente*

D4268 Procedimiento de revisión quirúrgica, por pieza dental.

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

D4273 Procedimientos de injerto de tejido conectivo autógeno (incluido el lugar de la cirugía del donante y del receptor), primera pieza dental, implante o posición desdentada en el injerto, *límite de 1 cada 36 meses*

D4274 Procedimiento de cuña mesial/distal, única pieza dental (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica), *límite de 1 cada 36 meses, piezas dentales permanentes solamente*

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

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

D4277 Procedimientos de injerto de tejido blando libre (incluido el lugar de la cirugía del donante y del receptor), primera pieza dental, implante o posición desdentada en el injerto, *límite de 1 cada 36 meses*

D4278 Procedimientos de injerto de tejido blando libre (incluido el lugar de la cirugía del donante y del receptor), cada pieza dental, implante o posición desdentada adicional y contigua en el mismo lugar del injerto, *límite de 1 cada 36 meses*

D4283 Procedimientos de injerto de tejido conectivo autógeno (incluido el lugar de la cirugía del donante y del receptor), cada pieza dental, implante o posición desdentada adicional y contigua en el mismo lugar del injerto, *límite de 1 cada 36 meses*

D4285 Procedimientos de injerto de tejido conectivo no autógeno (incluido el lugar quirúrgico del receptor y los materiales del donante), cada pieza dental, implante o posición desdentada adicional y contigua en el mismo lugar del injerto, *límite de 1 cada 36 meses*

D4355 Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal integral y un diagnóstico en una consulta posterior, *límite de 1 por vida*

D4999 Procedimiento periodontal no especificado por informe

---

**Notas sobre los servicios periodontales mayores de Clase C:**

- D4210 Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante y D4211 Gingivectomía o gingivoplastia, uno a tres piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante se combinan y limitan a 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio.
  - La gingivectomía o gingivoplastia realizadas junto con los servicios de restauración se consideran incluidas en la restauración y no se reembolsarán.
  - D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular, cuatro o más piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante y D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluido el raspado radicular, una a tres piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante se combinan y limitan a 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio.
  - D4260 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo grueso y el cierre), cuatro o más piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante y D4261 Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo de espesor total y el cierre), una a tres piezas dentales contiguas o espacios delimitados entre piezas dentales por cuadrante se combinan y limitan a 1 cada 36 meses, 2 cuadrantes por fecha de servicio.
  - Alargamiento clínico de la corona: Antes de la restauración final de una pieza dental, se debe permitir un mínimo de seis semanas para la cicatrización de huesos y tejidos blandos después del alargamiento clínico de la corona.
-

## Servicios de prostodoncia

D5110 Dentadura postiza completa, maxilar, <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5120 Dentadura postiza completa, mandibular, <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5130 Dentadura postiza inmediata, maxilar, <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5140 Dentadura postiza inmediata, mandibular, <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5211 Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5212 Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5213 Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundida con bases de resina para la dentadura postiza (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D5214 Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal fundida con bases de resina para la dentadura postiza (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D5221 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5222 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5223 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de metal fundida con bases de resina para la dentadura postiza (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D5224 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de metal fundida con bases de resina de la dentadura postiza (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D5225 Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5226 Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5227 Dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5228 Dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base flexible (incluidos los ganchos, apoyos y piezas dentales), <i>límite de 1 cada 60 meses, se deniega si se usa como dentadura postiza temporal</i>
D5282 Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), maxilar, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D5283 Dentadura postiza parcial unilateral extraíble, una pieza de metal fundido (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y piezas dentales), mandibular, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D5863 Sobredentadura, maxilar completa, soportada por piezas dentales naturales, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D5864 Sobredentadura, maxilar parcial, soportada por piezas dentales naturales, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D5865 Sobredentadura, mandibular completa, soportada por piezas dentales naturales, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D5866 Sobredentadura, mandibular parcial, soportada por piezas dentales naturales, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D5876 Adición de una subestructura de metal a una dentadura postiza completa de acrílico, por arco dentario, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6205 Póntico, compuesto a base de resina indirecto, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6210 Póntico, fundido en metal altamente noble, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6211 Póntico, fundido en metal predominantemente base, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6212 Póntico, fundido en metal noble, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6214 Póntico, titanio y aleaciones de titanio, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

## Servicios de prostodoncia (continuación)

D6240 Póntico, porcelana fundida en metal altamente noble, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6241 Póntico, porcelana fundida en metal predominantemente base, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6242 Póntico, porcelana fundida en metal noble, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6243 Póntico, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6245 Póntico, porcelana/cerámica, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6250 Póntico, resina con metal altamente noble, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6251 Póntico, resina con metal predominantemente base, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6252 Póntico, resina con metal noble, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6545 Retenedor, metal fundido para prótesis fija adherida con resina, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis</i>
D6548 Retenedor, porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina, <i>límite de 1 cada 60 meses, incluidas todas las demás coronas, puentes, prótesis, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D6549 Retenedor, prótesis fija adherida con resina, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6600 Incrustación “inlay” retenedora, porcelana/cerámica, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D6601 Incrustación “inlay” retenedora, porcelana/cerámica, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D6602 Incrustación “inlay” retenedora, fundida en metal altamente noble, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6603 Incrustación “inlay” retenedora, fundida en metal altamente noble, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6604 Incrustación “inlay” retenedora, fundida en metal predominantemente base, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6605 Incrustación “inlay” retenedora, fundida en metal predominantemente base, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6606 Incrustación “inlay” retenedora, fundida en metal noble, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6607 Incrustación “inlay” retenedora, fundida en metal noble, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6608 Incrustación “onlay” retenedora, porcelana/cerámica, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D6609 Incrustación “onlay” retenedora, porcelana/cerámica, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses, se proporcionará un beneficio alternativo</i>
D6610 Incrustación “onlay” retenedora, fundida en metal altamente noble, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6611 Incrustación “onlay” retenedora, fundida en metal altamente noble, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6612 Incrustación “onlay” retenedora, fundida en metal predominantemente base, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6613 Incrustación “onlay” retenedora, fundida en metal predominantemente base, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6614 Incrustación “onlay” retenedora, fundida en metal noble, dos superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6615 Incrustación “onlay” retenedora, fundida en metal noble, tres o más superficies, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6624 Incrustación “inlay” retenedora, titanio, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6634 Incrustación “onlay” retenedora, titanio, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6710 Corona retenedora, compuesto a base de resina indirecto, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6720 Corona retenedora, resina con metal altamente noble, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6721 Corona retenedora, resina con metal predominantemente base, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6722 Corona retenedora, resina con metal noble, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6740 Corona retenedora, porcelana/cerámica, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6750 Corona retenedora, porcelana fusionada con metal altamente noble, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6751 Corona retenedora, porcelana fusionada con metal predominantemente base, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>
D6752 Corona retenedora, porcelana fusionada con metal noble, <i>límite de 1 cada 60 meses</i>

Servicios de prostodoncia (continúa en la página siguiente)

## Servicios de prostodoncia (continuación)

D6753 Corona retenedora, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*

D6780 Corona retenedora, 3/4 fundida en metal altamente noble, *límite de 1 cada 60 meses*

D6781 Corona retenedora, 3/4 fundida en metal predominantemente base, *límite de 1 cada 60 meses*

D6782 Corona retenedora, 3/4 fundida en metal noble, *límite de 1 cada 60 meses*

D6783 Corona retenedora, 3/4 porcelana/cerámica, *límite de 1 cada 60 meses*

D6784 Corona retenedora, ¾, titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*

D6790 Corona retenedora, fundida completamente en metal altamente noble, *límite de 1 cada 60 meses*

D6791 Corona retenedora, fundida completamente en metal predominantemente base, *límite de 1 cada 60 meses*

D6792 Corona retenedora, fundida completamente en metal noble, *límite de 1 cada 60 meses*

D6794 Corona retenedora, titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*

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

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

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

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

### Notas de los servicios de prostodoncia mayores de Clase C:

- Para fines de informes y beneficios, la fecha de finalización de las dentaduras postizas parciales fijas es la fecha de cementación. La fecha de finalización es la fecha de colocación de los aparatos de prostodoncia extraíbles. Para las dentaduras postizas inmediatas, el dentista que fabricó la dentadura postiza puede recibir un reembolso por el servicio después de la colocación por parte de otro dentista (p. ej., un cirujano bucal).
- Todos los servicios de restauración y prostodoncia principales (es decir, corona, puentes, implantes y dentaduras postizas) se combinan bajo una limitación de reemplazo bajo el plan. Los beneficios para los servicios de restauración y prostodoncia principales se combinan y limitan a uno cada 60 meses por pieza dental o arco dentario, según el servicio. Por ejemplo, si se pagan beneficios para una dentadura postiza parcial removible, esto incluye beneficios para reemplazar todas las piezas dentales faltantes en el arco. No se considerarían beneficios adicionales para el arco dentario hasta que se alcance el límite de reemplazo de 60 meses.
- Cuando los servicios dentales que están sujetos a una limitación de frecuencia se realizaron antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, la fecha del servicio anterior puede contarse para el tiempo, las limitaciones de frecuencia o las limitaciones de reemplazo en virtud de este seguro dental. (Por ejemplo, incluso si no se colocó una corona, puente parcial, etc. mientras estaba cubierto por el plan BCBS FEP Dental, o si el plan BCBS FEP Dental lo pagó, pueden aplicarse las limitaciones de frecuencia).

## Servicios de implantes

\*D6010 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante, implante endóstico, *límite de 1 por sitio cada 60 meses*

\*D6012 Colocación quirúrgica del cuerpo del implante provisional para prótesis de transición: implante endóstico, *límite de 1 por sitio cada 60 meses*

\*D6013 Colocación quirúrgica de miniimplante, *límite de 1 por sitio cada 60 meses*

\*D6040 Colocación quirúrgica: implante dental epósteo, *límite de 1 por sitio cada 60 meses*

\*D6050 Colocación quirúrgica: implante transósteo, *límite de 1 por sitio cada 60 meses*

\*D6055 Barra conectora, sostenida por implante o pilar, *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6056 Pilar prefabricado, incluye modificación y colocación, *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6057 Pilar fabricado a medida, incluye colocación, *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6058 Corona de porcelana/cerámica sostenida por pilar, *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6059 Corona de porcelana fusionada con metal sostenida por pilar, (metal altamente noble), *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6060 Corona de porcelana fusionada con metal sostenida por pilar, (metal predominantemente base), *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6061 Corona de porcelana fusionada con metal sostenida por pilar, (metal noble), *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6062 Corona de metal fundido sostenida por pilar, (metal altamente noble), *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6063 Corona de metal fundido sostenida por pilar, (metal predominantemente base), *límite de 1 cada 60 meses*

\*D6064 Corona de metal fundido sostenida por pilar, (metal noble), *límite de 1 cada 60 meses*

Servicios de implantes: continúa en la página siguiente

## Servicios de implantes (continuación)

- \*D6065 Corona de porcelana/cerámica sostenida por implante, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6066 Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6067 Corona sostenida por implante, aleaciones altamente nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6068 Retenedor sostenido por pilar para dentadura postiza parcial fija (FPD, fixed partial denture) de porcelana/cerámica, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6069 Retenedor sostenido por pilar para FPD de porcelana fusionada con metal, (metal altamente noble), *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6070 Retenedor sostenido por pilar para FPD de porcelana fusionada con metal, (metal predominantemente base), *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6071 Retenedor sostenido por pilar para FPD de porcelana fusionada con metal, (metal noble), *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6072 Retenedor sostenido por pilar para FPD de metal fundido, (metal altamente noble), *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6073 Retenedor sostenido por pilar para FPD de metal fundido, (metal predominantemente base), *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6074 Retenedor sostenido por pilar para FPD de metal fundido, (metal noble), *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6075 Retenedor sostenido por implante para FPD de cerámica, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6076 Retenedor sostenido por implante para FPD, porcelana fusionada con aleaciones altamente nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6077 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, aleaciones altamente nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6080 Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se extrae y vuelve a insertar una prótesis híbrida fija de arco dentario completo, incluida la limpieza de prótesis y pilares, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6082 Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6083 Corona sostenida por implante, porcelana fusionada con aleaciones nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6084 Corona sostenida por implante, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6086 Corona sostenida por implante, aleaciones predominantemente base, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6087 Corona sostenida por implante, aleaciones nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6088 Corona sostenida por implante, titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6089 Acceso y reajuste de tornillo de implante flojo, por tornillo, *límite de 1 cada 12 meses*
- \*D6090 Reparación de prótesis sostenida por un implante/pilar, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6091 Reemplazo de una pieza sustituible de un aditamento de semiprecisión o de precisión de una prótesis sostenida por un implante/pilar, *por aditamento, límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6092 Recementación o readhesión de corona sostenida por un implante/pilar, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6093 Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija sostenida por un implante/pilar, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6094 Corona sostenida por pilar, titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6097 Corona sostenida por pilar, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6098 Retenedor sostenido por implante, porcelana fusionada con aleaciones predominantemente base, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6099 Retenedor sostenido por implante para FPD, porcelana fusionada con aleaciones nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6100 Extracción quirúrgica del cuerpo del implante, *límite de una vez por ubicación del implante*
- \*D6101 Desbridamiento de un defecto de periimplante o defectos alrededor de un solo implante y limpieza de superficie de las superficies expuestas del implante, incluida la entrada y el cierre del colgajo, *límite de 1 por vida*
- \*D6102 Desbridamiento y contorneado óseo de un defecto de periimplante o defectos alrededor de un solo implante; incluye limpieza de superficie de las superficies expuestas del implante, y la entrada y el cierre del colgajo, *límite de 1 por vida*
- \*D6103 Injerto óseo para la reparación de defecto periimplante, no incluye la entrada y el cierre del 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 del cuerpo del implante que no requiere extracción ósea ni elevación del 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 Dentadura postiza extraíble sostenida por un implante/pilar para un arco desdentado, maxilar, *límite de 1 cada 60 meses*

Servicios de implantes: continúa en la página siguiente

## Servicios de implantes (continuación)

- \*D6111 Dentadura postiza extraíble sostenida por un implante/pilar para un arco desdentado, mandibular, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6112 Dentadura postiza extraíble sostenida por un implante/pilar para un arco parcialmente desdentado, maxilar, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6113 Dentadura postiza extraíble sostenida por un implante/pilar para un arco parcialmente desdentado, mandibular, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6114 Dentadura postiza fija sostenida por un implante/pilar para un arco desdentado, maxilar, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6115 Dentadura postiza fija sostenida por un implante/pilar para un arco desdentado, mandibular, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6116 Dentadura postiza fija sostenida por un implante/pilar para un arco parcialmente desdentado, maxilar, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6117 Dentadura postiza fija sostenida por un implante/pilar para un arco parcialmente desdentado, mandibular, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6120 Retenedor sostenido por implante, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6121 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, aleaciones predominantemente base, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6122 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, aleaciones nobles, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6123 Retenedor sostenido por implante para FPD de metal, titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6190 Índice radiográfico o quirúrgico para implantes, por informe, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6191 Pilar de semiprecisión, colocación, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6192 Fijación de semiprecisión, colocación, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6194 Corona retenedora sostenida por pilar para FPD, titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6195 Retenedor sostenido por pilar, porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio, *límite de 1 cada 60 meses*
- \*D6280 Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando se extrae y vuelve a insertar una dentadura postiza extraíble de arco dentario completo soportado por un implante/pilar, incluida la limpieza de prótesis y pilares, por arco dentario, límite de 1 cada 36 meses
- \*D7994 Colocación quirúrgica: implante zigomático, *límite de 1 por pieza dental cada 60 meses*

### Notas sobre los servicios de implantes mayores de Clase C:

- Los servicios de implantes enumerados con un asterisco (\*) a menudo tienen la opción de un tratamiento de menor costo. Si usted o su proveedor eligen el tratamiento o servicio más costoso, se permitirá el beneficio alternativo de menor costo.
- Todos los servicios de restauración y prostodoncia principales (es decir, corona, puentes, implantes y dentaduras postizas) se combinan bajo una limitación de reemplazo bajo el plan. Los beneficios para los servicios de restauración y prostodoncia principales se combinan y limitan a uno cada 60 meses por pieza dental o arco dentario, según el servicio. Por ejemplo, si se pagan beneficios para una dentadura postiza parcial removible, esto incluye beneficios para reemplazar todas las piezas dentales faltantes en el arco. No se considerarían beneficios adicionales para el arco dentario hasta que se alcance el límite de reemplazo de 60 meses.
- Cuando los servicios dentales que están sujetos a una limitación de frecuencia se realizaron antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura, la fecha del servicio anterior puede contarse para el tiempo, las limitaciones de frecuencia o las limitaciones de reemplazo en virtud de este seguro dental. (Por ejemplo, incluso si no se colocó una corona, puente parcial, etc. mientras estaba cubierto por el plan BCBS FEP Dental, o si el plan BCBS FEP Dental lo pagó, pueden aplicarse las limitaciones de frecuencia).

## Cirugía bucal

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

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

## Servicios no cubiertos

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

## Clase D Ortodoncia

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando nosotros determinemos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica.
- No hay deducible por año calendario.
- Pagamos el 50 % de la asignación autorizada por el plan hasta el máximo de por vida. El máximo de por vida para los servicios de ortodoncia (alineadores transparentes o aparatos de ortodoncia tradicionales) depende de la opción en la que se inscriba y si elige recibir servicios de un proveedor de la red. Si está cubierto por la Opción Alta, el máximo de por vida es de hasta \$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 los servicios prestados por un dentista dentro de la red es de hasta \$2,500 y para los servicios prestados por un dentista fuera de la red, el máximo de por vida es de hasta \$1,250. Sus gastos de desembolso directo serán más altos cuando use un dentista fuera de la red.
- En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$2,500 en beneficios de ortodoncia en virtud de la Opción Estándar.
- El beneficio para la colocación inicial no superará el 25 % de la cantidad del beneficio máximo de por vida para el aparato. Todos los pagos posteriores se realizarán en cuotas iguales prorrataeas durante el saldo de un período máximo de 29 meses. Si su cobertura finaliza, finalizarán todos los pagos de beneficios de ortodoncia.
- Los servicios cubiertos se limitan al cargo máximo permitido según lo determinado por el plan y están sujetos a beneficios alternativos, coseguro, límites máximos de beneficios y otras limitaciones descritas en este documento del plan.
- Cubrimos el tratamiento de ortodoncia tradicional (aparatos de ortodoncia) así como de alineadores transparentes. Para determinar cuál es el más rentable, recomendamos una estimación previa al tratamiento.
- La cantidad permitida se basa en el tratamiento de ortodoncia y no garantiza que el máximo de por vida completo se pague en un solo tratamiento. Si el tratamiento de ortodoncia ya está en curso al momento de la elegibilidad, el beneficio de ortodoncia se prorrataará en función de la cantidad de meses restantes en el plan de tratamiento hasta el máximo de por vida.
- Puede permitirse la cobertura de un examen de ortodoncia previo al tratamiento e imágenes radiográficas si se realiza más de 3 meses después de la colocación inicial del aparato.
- La aplicación de la disposición de acceso limitado no dará lugar a un pago adicional en virtud del plan de ortodoncia de Opción Alta.
- La siguiente es una lista completa de los servicios cubiertos.

### Usted paga:

#### Opción Alta

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

#### Opción Estándar

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

## Servicios de ortodoncia

- D0340 Imagen radiográficacefalométrica en 2D: adquisición, medición y análisis, *limitado a registros de tratamiento de ortodoncia*
- D0350 Imágenes fotográficas bucales/faciales en 2D, incluidas imágenes intra y extrabucales - *limitado a registros de tratamiento de ortodoncia*
- D0470 Molde diagnóstico, *limitado a registros de tratamiento de ortodoncia*
- D0801 Imagen de superficies intrabucales en 3D, directa, *limitada a registros de tratamiento de ortodoncia*
- D0802 Imagen de superficie dental en 3D, indirecta, *limitada a registros de tratamiento de ortodoncia*
- D7283 Colocación de dispositivo para facilitar el brote de la pieza dental impactada, *cubre 1 por vida*
- D8010 Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria.
- D8020 Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de transición.
- D8030 Tratamiento de ortodoncia limitado en la dentición adolescente.
- D8040 Tratamiento de ortodoncia limitado en la dentición adulta.
- D8070 Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición de transición.
- D8080 Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición adolescente.
- D8090 Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adulta.
- D8210 Terapia con aparatos removibles.
- D8220 Terapia con aparatos fijos.
- D8660 Examen previo a la ortodoncia para monitorear el crecimiento y desarrollo.
- D8670 Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia, *pagos mensuales realizados automáticamente si el plan de tratamiento de ortodoncia está vigente*
- D8681 Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble.

## Servicios no cubiertos

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

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

## Servicios generales

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

- Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando nosotros determinemos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica.
- El deducible por año calendario es de \$0 si utiliza un dentista dentro de la red.
- Si elige usar 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 de las opciones contiene un deducible familiar, cada persona cubierta inscrita debe alcanzar su propio deducible.
- No hay un beneficio máximo anual de Opción Alta para servicios que no son de ortodoncia dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.
- El beneficio máximo anual de la Opción Estándar para servicios que no son de ortodoncia es de \$1,500 para servicios dentro de la red y de \$750 para servicios fuera de la red. En ningún caso BCBS FEP Dental permitirá más de \$1,500 en beneficios combinados en virtud de la Opción Estándar en cualquier año del plan.
- Todos los servicios que requieran más de una visita se pagarán una vez que se completen todas las visitas.
- La siguiente es una lista completa de los servicios cubiertos.

### Usted paga:

#### Opción Alta: Servicios de anestesia y medicamentos

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

#### Opción Alta: Servicios posquirúrgicos y otros servicios varios

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

#### Opción Estándar: Servicios de anestesia y medicamentos

- **Dentro de la red:** Sin deducible; usted paga el 65 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan.
- **Fuera de la red:** deducible de \$75; usted paga el 80 % de la asignación del plan para los servicios cubiertos según lo definido por el plan, sujeto a los valores máximos del plan y a cualquier diferencia entre nuestra asignación y la cantidad facturada.

#### Opción Estándar: Servicios posquirúrgicos y otros servicios varios

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

## Servicios de anestesia

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

D9222 Administración de sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte de este - *Hasta un total de 8 unidades de anestesia (combinado con D9223 Administración de sedación profunda/anestesia general, cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de este)*

D9223 Administración de sedación profunda/anestesia general, cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de este - *Hasta un total de 8 unidades de anestesia (combinado con D9222 Administración de sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos, o cualquier parte de este)*

D9230 Administración de óxido nitroso, *Para niños menores de 5 años y otras personas con una afección médica que pueda requerirla*

D9239 Administración de sedación moderada, intravenosa, primer incremento de 15 minutos o cualquier parte de este, *Hasta 8 unidades totales de anestesia (combinadas con D9243 Administración de sedación moderada, intravenosa, cada incremento subsiguiente de 15 minutos o cualquier parte de este)*

D9243 Administración de sedación moderada, intravenosa, cada incremento subsiguiente de 15 minutos o cualquier parte de este, *Hasta 8 unidades totales de anestesia (combinadas con D9239 Administración de sedación moderada, intravenosa, primer incremento de 15 minutos o cualquier parte de este)*

## Medicamentos

D9610 Medicina terapéutica parenteral, administración única

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

D9613 Infiltración de fármaco terapéutico de liberación sostenida, por cuadrante.

## Servicios posquirúrgicos

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

## Servicios varios

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

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

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

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

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

D9974 Blanqueamiento interno, por pieza dental.

D9999 Procedimiento complementario no especificado, por informe.

### Notas de servicios generales:

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

## Servicios no cubiertos

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

---

## Sección 6 Servicios y suministros internacionales

---

**Pago de reclamaciones internacionales**

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

**Cómo encontrar un dentista internacional**

Puede visitar cualquier dentista y recibirá beneficios dentro de la red por cualquier beneficio cubierto recibido internacionalmente. Nuestro programa de servicios dentales internacionales incluye dentistas de habla inglesa en aproximadamente 100 países de todo el mundo. El servicio de atención al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para asistirlo en la programación de una cita.

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

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

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

**Presentación de reclamaciones internacionales**

Usted es responsable de pagar al dentista y presentar las reclamaciones a BCBS FEP Dental para su reembolso. Se puede acceder al formulario de reclamación en línea en [www.bcbsfepdental.com/claimform](http://www.bcbsfepdental.com/claimform). Envíe la reclamación del formulario completo y los recibos a:

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

**Tarifas internacionales**

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

---

## **Sección 7 Exclusiones generales: cosas que no cubrimos**

---

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

**Recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones de este folleto, y se pagan únicamente cuando nosotros determinemos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico, la atención o el tratamiento de una afección cubierta y cumplen con los estándares nacionales ampliamente aceptados de la práctica.**

No cubrimos lo siguiente:

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

- aquellos servicios prestados por un dentista que es compensado por un centro por servicios cubiertos similares prestados a los miembros;
- dispositivos, aparatos y servicios duplicados, provisionales y temporales;
- programas de control de placas, instrucciones de higiene bucal e instrucciones sobre la dieta;
- Servicios para alterar la dimensión vertical o restaurar o mantener la oclusión. Dichos procedimientos incluyen, entre otros, equilibrio, férulas periodontales, rehabilitación de toda la boca, restauración por desalineación de las piezas dentales, o restauración de la estructura dentaria por desgaste, erosión, abrasión o abfracción;
- orificaciones;
- cargos por esterilización;
- tratamiento o servicios por lesiones resultantes del mantenimiento o uso de un vehículo motorizado si dicho tratamiento o servicio se paga o es pagable en virtud de un plan o póliza de seguro de vehículo motorizado, incluido un plan de autoseguro certificado;
- tratamiento de servicios por lesiones resultantes de guerra o acto de guerra, ya sea declarada o no declarada, o de la policía o el servicio militar para cualquier país u organización;
- costos hospitalarios o cualquier cargo adicional que el dentista o el hospital cobre por el tratamiento en el hospital (paciente hospitalizado o ambulatorio);
- cargos del dentista por completar formularios de servicios dentales;
- ajuste de dentadura postiza o puente que se lleva a cabo dentro de los 6 meses posteriores a la instalación por parte del mismo dentista que los colocó;
- uso de materiales o ayudas para la salud en el hogar para prevenir las caries, como pasta de servicios dentales, geles de flúor, hilo y blanqueadores dentales;
- imágenes de haz cónico y procedimientos de TC de haz cónico;
- selladores para piezas dentales que no sean el 1.<sup>er</sup> y 2.<sup>º</sup> molar permanente;
- accesorios de precisión, personalización, bases de metales preciosos y otras técnicas especializadas;
- reemplazo de dentaduras postizas que se hayan perdido, robado o extraviado;
- reparación de aparatos de ortodoncia dañados;
- reemplazo de aparatos perdidos o faltantes;
- blanqueamiento externo;
- el óxido nitroso está excluido para individuos mayores de 5 años en ausencia de una afección médica que pueda requerirlo;
- sedación oral;
- aseguradora de medicamentos periodontales;
- injertos óseos cuando se realizan en relación con apicectomías, implantes no cubiertos o no elegibles, o una extracción dental o un lugar de extracción de implantes cuando un implante previsto no está cubierto o no es elegible;
- enchapados;
- prueba de nivel de glucosa en sangre, en el consultorio con un medidor de glucosa;
- duplicar/copiar los registros del paciente;
- cuando se envían dos o más servicios y estos se consideran parte del mismo servicio entre sí, pagaremos el servicio más integral (el servicio que incluye el otro servicio) según lo determine BCBS FEP Dental;
- cuando se presenten dos o más servicios el mismo día y los servicios se consideren mutuamente excluyentes (cuando un servicio contradiga la necesidad del otro servicio), pagaremos por el servicio que represente el tratamiento final según lo determine este plan;
- la terapia de endodoncia incompleta, pieza dental inoperable, no restaurable o fracturado no es un servicio cubierto.

## **Sección 8 Proceso de presentación de reclamaciones y reclamaciones en disputa**

### **Cómo presentar una reclamación por servicios cubiertos**

Para evitar demoras en el pago de sus reclamaciones de servicios dentales, pídale a su dentista que envíe sus reclamaciones directamente a su plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal (en caso de que esté inscrito) y luego a BCBS FEP Dental. Las estimaciones previas al tratamiento y las imágenes periapicales de calidad diagnóstica o panorámicas preoperatorias pueden enviarse directamente a BCBS FEP Dental (excepción: si se produce una lesión accidental, las estimaciones previas al tratamiento deben enviarse a su plan del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales/Programa de Beneficios de Salud del Servicio Postal).

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

Envíe por correo el formulario de reclamación completo a:

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

### **Plazo para presentar su reclamación**

Debe presentar su reclamación y cualquier documentación solicitada dentro de los 24 meses a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

### **Proceso para reclamaciones en disputa**

Siga este proceso de reclamaciones en disputa si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación o solicitud de servicios. **La ley del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales no proporciona una función para que la Oficina de Administración de Personal revise las reclamaciones en disputa.**

**Los servicios que no son un beneficio no califican para el proceso de reclamaciones en disputa.**

#### **Pasos para una reclamación en disputa:**

1. Pídanos por escrito que reconsideremos nuestra decisión inicial. Debe hacer lo siguiente:
  - a. Escribanos en el término de 60 días de la fecha de nuestra decisión.
  - b. Envíenos su solicitud a la dirección que se indica a continuación.
  - c. Incluya una declaración de por qué considera que nuestra decisión inicial fue errónea, de acuerdo con las disposiciones específicas sobre los beneficios que figuren en este folleto.
  - d. Adjunte copias de los documentos que respaldan su reclamación, como cartas de médicos y formularios de explicación de beneficios (EOB, Explanation of Benefits).

Envíe su solicitud de reconsideración por correo a:

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

O visite [www.bcbsfepdental.com/contactus](http://www.bcbsfepdental.com/contactus)

2. Tenemos 30 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud para:

- a. Pagar las reclamaciones.
- b. Escribirle y reafirmar nuestra negativa.
- c. Solicitarle más información a usted o a su proveedor.

Usted o su proveedor deberán enviar la información para que la recibamos en el término de 60 días desde nuestra solicitud. A partir de ese momento, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días más. Si no recibimos la información en el término de 60 días, tomaremos una decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que debíamos recibir la información. Basaremos nuestra decisión en la información que ya tengamos. Le escribiremos para informarle nuestra decisión.

3. Si la disputa no se resuelve a través del proceso de reconsideración inicial, puede solicitar una segunda revisión de la denegación dentro de los 60 días de la fecha de nuestra determinación. Debe enviarnos su solicitud por escrito a la dirección que se indica arriba junto con cualquier información adicional que usted o su dentista puedan proporcionar para corroborar su reclamación y que podamos reconsiderar nuestra decisión. El no hacerlo descalificará la apelación de su reclamación. Tomaremos una decisión en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud por escrito.
4. Si no está de acuerdo con nuestra decisión final, puede solicitarle a un tercero independiente, mutuamente acordado entre nosotros y la Oficina de Administración de Personal, que revise la decisión. La decisión del tercero independiente es vinculante para nosotros y constituye la última revisión administrativa de su reclamación. Esta decisión no está sujeta a revisión judicial.

## Sección 9 Definiciones de los términos que utilizamos en este folleto

<b>Beneficio alternativo</b>	Si determinamos que un servicio es menos costoso que el que realizó su dentista, su dentista podría haberlo realizado, pagaremos los beneficios en función de los servicios menos costosos. Consulte la Sección 3 Cómo obtener atención.
<b>Beneficio anual máximo</b>	El beneficio anual máximo que puede recibir un miembro.
<b>Pensionados</b>	Jubilados federales (que se jubilaron con una anualidad inmediata) y sobrevivientes (de aquellos que se jubilaron con una anualidad inmediata o fallecieron en servicio) que reciben una anualidad. Esto también incluye a aquellos que reciben compensación de la Oficina de Programas de Indemnización de Trabajadores del Departamento de Trabajo, a quienes se los denomina indemnizados. Los pensionados a veces se denominan jubilados.
<b>BENEFEDS</b>	El sistema de inscripción y administración de primas del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.
<b>Beneficios</b>	Servicios cubiertos o pago de servicios cubiertos a los que los miembros y los familiares cubiertos tienen derecho en la medida que se establece en este folleto.
<b>Año calendario</b>	Desde el 1.º de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026. También denominado año del plan.
<b>Servicios de Clase A</b>	Servicios básicos, que incluyen exámenes bucales, profilaxis, evaluaciones de diagnóstico, selladores e imágenes radiográficas.
<b>Servicios de Clase B</b>	Servicios intermedios que incluyen procedimientos de restauración, como empastes, coronas prefabricadas de acero inoxidable, eliminación del sarro periodontal y alisado radicular, extracciones de piezas dentales y ajustes de dentaduras postizas.
<b>Servicios de Clase C</b>	Servicios mayores, que incluyen servicios de endodoncia, como tratamientos de conducto, servicios periodontales, como gingivectomía, servicios de restauración mayores, como coronas, cirugía bucal y puentes, y servicios protodónticos, como dentaduras postizas completas.
<b>Servicios de Clase D</b>	Servicios de ortodoncia.
<b>Coseguro</b>	El coseguro es el porcentaje indicado de los gastos cubiertos que usted debe pagar.
<b>Copago</b>	Un copago es una cantidad fija de dinero que paga al dentista cuando recibe el servicio.
<b>Procedimientos cosméticos</b>	Un procedimiento cosmético es cualquier procedimiento o parte de un procedimiento realizado principalmente para mejorar el aspecto físico o se realiza con fines psicológicos.
<b>Servicios cubiertos</b>	Los servicios cubiertos incluirán solo aquellos servicios enumerados específicamente en la Sección 5 Servicios y suministros de servicios dentales. Se debe currir y completar un servicio cubierto mientras la persona que recibe el servicio es una persona cubierta. Los servicios cubiertos están sujetos a las disposiciones del plan para las exclusiones y limitaciones, y deben cumplir con los estándares nacionales de práctica ampliamente aceptados.
<b>Fecha de servicio</b>	La fecha calendario en la que visita el consultorio del dentista y se prestan los servicios.
<b>Miembro</b>	El empleado federal, pensionado o individuo elegible para TRICARE inscrito en este plan.
<b>Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales</b>	Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales.
<b>Protocolos de servicios dentales generalmente aceptados</b>	El protocolo dental generalmente aceptado significa que un servicio o tratamiento dental se realiza de acuerdo con los estándares nacionales de práctica ampliamente aceptados, según se determine a partir de múltiples fuentes, incluidas, entre otras, investigaciones clínicas dentales relevantes de diversas organizaciones de investigación, incluidas las escuelas de odontología, planes de estudios de la escuela de odontología actual reconocidos y grupos odontológicos organizados, incluida la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association), que es necesario para tratar las caries, enfermedad o lesión de las piezas dentales, o esenciales para el cuidado de las piezas dentales y los tejidos de soporte de las piezas dentales.

<b>Tratamiento en curso</b>	Servicios dentales que se iniciaron en 2025 y que se completarán en 2026.
<b>Incurrido</b>	Un servicio cubierto se considera incurrido en la fecha en que se recibe la atención, el tratamiento o el servicio.
<b>Asignación del plan</b>	La cantidad que usamos para determinar nuestro pago por los servicios. Si los servicios son proporcionados por un dentista dentro de la red, la asignación se basa en la tarifa negociada que este acepta como pago total. Si los servicios son prestados por un dentista fuera de la red, la asignación del plan se basa en la asignación del plan fuera de la red.
<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 que este ha acordado aceptar como pago total por sus servicios.
<b>Plan</b>	BCBS FEP Dental
<b>Patrocinador</b>	Por lo general, un patrocinador se refiere al individuo que es elegible para recibir beneficios médicos o de servicios dentales en virtud del capítulo 55 del Título 10 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., United States Code) en función de su afiliación directa con los servicios uniformados (incluidos los miembros militares de la Guardia Nacional y las Reservas). En circunstancias en las que un patrocinador no sea un afiliado, un familiar de un TEI puede aceptar la responsabilidad de autocertificarse como afiliado e inscribir a familiares de un TEI.
<b>Familiar que certifica al individuo elegible para TRICARE (TEI)</b>	Los familiares de un TEI incluyen el cónyuge de un patrocinador, la viuda no casada, el viudo no casado, el hijo no casado y ciertas personas no casadas puestas en custodia legal de un patrocinador por un tribunal. Los hijos incluyen hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos preadoptivos. Los hijos y las personas dependientes solteras deben ser menores de 21 años si no son estudiantes, menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo o incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una incapacidad mental o física.
<b>Período de espera</b>	La cantidad de tiempo que debe estar inscrito en este plan antes de que pueda recibir servicios. Nota: No hay períodos de espera para BCBS FEP Dental.
<b>Nosotros</b>	BCBS FEP Dental
<b>Usted</b>	Miembro o familiar elegible.

---

## Descuentos

---

### Ahorre con los descuentos de Blue365®

BCBS FEP Dental presenta Blue365, un programa que proporciona fácil acceso a productos y servicios de salud y bienestar de primer nivel para ayudar a los miembros a construir un camino hacia una vida saludable. Con Blue365, los miembros obtienen acceso a más de 100 descuentos cuidadosamente seleccionados de las marcas líderes y no hay límite en la cantidad de ofertas que un miembro puede canjear. Hay muchas ofertas disponibles y se agregan ofertas nuevas constantemente, que incluyen las siguientes:

- **Acondicionamiento físico:** obtenga el apoyo que necesita para alcanzar sus metas de acondicionamiento físico con ofertas en dispositivos portátiles, ropa, equipos para hacer ejercicio en el hogar, clases de entrenamiento virtual y acceso al gimnasio en persona.
- **Ojos y oídos saludables:** entre el reemplazo de audífonos y la corrección de la vista, el cuidado de los 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 familia pueden influir en el bienestar mental, físico, emocional y financiero. Blue365 ofrece descuentos en vitaminas y suplementos de primera calidad, seguro para mascotas, servicios de fertilidad, productos para madres y padres primerizos, ofertas financieras, salud familiar y más.
- **Nutrición:** Blue365 ofrece una variedad de ofertas que le ayudan a comer bien. Elija entre suscripciones a kits de comidas, platos principales preparados por chefs, planes de control de peso y más.
- **Atención personal:** un poco de atención personal puede ayudar mucho a 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 atención plena y mucho más.
- **Viajes:** a veces, unas vacaciones son todo lo que necesita para escapar del estrés y restablecerse. Blue365 hace que las escapadas familiares sean más asequibles al tener acceso con descuento a 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 necesita completar papeleo. Simplemente visite <http://www.bcbsfepdental.com/additional-discounts> y seleccione las ofertas de Visit Blue365 para obtener más información sobre los diversos proveedores y descuentos de Blue365.

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

---

## Herramientas y recursos

---

### Buscador de planes BCBS FEP Dental AskBlue

**Descripción:** ¿Necesita ayuda para elegir entre la Opción Alta y la Opción Estándar? AskBlue lo hace fácil. En solo 10 minutos, puede responder algunas preguntas simples y obtener recomendaciones de un plan según sus necesidades. Pruebe AskBlue en <https://askblue.bcbsfepdental.com>.

### Sitio web

**Descripción:** En nuestro sitio web, bcbsfepdental.com, puede acceder a herramientas y recursos que le ayudan a aprovechar al máximo su cobertura, incluidos los siguientes:

- Comparar planes de beneficios
- Leer artículos sobre salud bucal y bienestar
- Aprender cómo inscribirse
- Optar por la comunicación por correo electrónico
- Buscar un dentista
- Herramienta de estimación de costos dentales
- Glosario de términos dentales
- Anatomía dental
- Y mucho más

### Portal para asegurados

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

- Optar por la comunicación por correo electrónico
- Opte por una Explicación de beneficios (EOB) electrónica
- Vea o comparta las EOB.
- Vea, comparta o descargue tarjetas de identificación
- Envíe reclamaciones en línea
- Chatee en vivo con servicio al cliente
- Y mucho más

### Solicitud móvil de BCBS FEP Dental

**Descripción:** La aplicación móvil de BCBS FEP Dental se encuentra disponible para descargar en teléfonos móviles iOS y Android. La aplicación brinda a los miembros acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a funciones, herramientas e información útiles en relación con los beneficios de BCBS FEP Dental. Los miembros pueden iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña para acceder a información de servicios dentales personal, como beneficios, desembolso directo e información de bienestar. También pueden consultar las reclamaciones y el estado de aprobación, ver o compartir las EOB, ver o compartir las tarjetas de identificación para miembros, y encontrar dentistas dentro de la red. Las características adicionales incluyen lo siguiente:

- Envíe reclamaciones en línea
- Herramienta de estimación de costos dentales
- Temporizador de cepillado y uso de hilo dental
- Temporizador interactivo Torp para niños
- Optar por la comunicación por correo electrónico

### Redes sociales

**Descripción:** Síganos en @feplue en Facebook, Instagram, YouTube y LinkedIn para obtener la información más reciente sobre BCBS FEP Dental.

## Resumen de Beneficios

- **No tenga en cuenta este cuadro solamente.** Esta página resume su parte de los gastos que cubrimos; revise las secciones individuales de este folleto para obtener más detalles.
- Si desea inscribirse o cambiar su inscripción en este plan, visite [www.BENEFEDS.gov](http://www.BENEFEDS.gov) o llame al 1-877-888-FEDS (3337), TTY: 711, Internacional: 1-571-730-5942.
- Los servicios fuera de la red de las Clases A, B y C están sujetos a un deducible de \$50 por persona en la Opción Alta y un deducible de \$75 para la Opción Estándar por persona por año calendario.
- Para los niños menores de 13 años, usted paga \$0 por los servicios cubiertos de Clase B y Clase C dentro de la red, según lo definido por el plan, sujetos a los valores máximos del plan.

<b>Beneficios de opciones altas</b>	<b>Usted paga</b>	
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios de Clase A (básicos):</b> preventivos y de diagnóstico  Los servicios de Clases A, B y C están sujetos a una cantidad máxima de beneficio anual ilimitado para servicios dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.	0 %	10 %
<b>Servicios de Clase B (intermedios):</b> incluye servicios de restauración menores  Los servicios de Clases A, B y C están sujetos a una cantidad máxima de beneficio anual ilimitado para servicios dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.	30 %	40 %
<b>Servicios de Clase C (mayores):</b> incluye servicios de restauración, endodoncia y prostodoncia importantes  Los servicios de Clases A, B y C están sujetos a una cantidad máxima de beneficio anual ilimitado para servicios dentro de la red y \$3,000 para servicios fuera de la red.	50 %	60 %
<b>Servicios Clase D (ortodoncia)</b>  Los servicios de ortodoncia de Clase D están sujetos a un beneficio máximo de por vida de hasta \$3,500	50 %	50 %
<b>Beneficios de la Opción Estándar</b>		<b>Usted paga</b>
	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios de Clase A (básicos):</b> preventivos y de diagnóstico  Los servicios de Clases A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1,500 para los beneficios dentro de la red y \$750 para los beneficios fuera de la red.	0 %	40 %

<b>Beneficios de la Opción Estándar</b>	<b>Usted paga</b>	
<b>Servicios de Clase B (intermedios):</b> incluye servicios de restauración menores  Los servicios de Clases A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1,500 para los beneficios dentro de la red y \$750 para los beneficios fuera de la red.	45 %	60 %
<b>Servicios de Clase C (mayores):</b> incluye servicios de restauración, endodoncia y prostodoncia importantes	65 %	80 %

*(continúa en la página siguiente)*

<b>(continuación)</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Los servicios de Clases A, B y C están sujetos a un beneficio máximo anual de \$1,500 para los beneficios dentro de la red y \$750 para los beneficios fuera de la red.	65 %	80 %
<b>Servicios Clase D (ortodoncia)</b>  Los servicios de ortodoncia de Clase D están sujetos a un beneficio máximo de por vida de hasta  \$2,500 por tratamiento dentro de la red o  \$1,250 por tratamiento fuera de la red	50 %	50 %

---

## ¡Detenga el fraude de atención médica!

---

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

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

- No proporcione el número de identificación (ID) de su plan por teléfono ni a personas que no conozca, excepto a sus dentistas, a BCBS FEP Dental, a BENEFEDS o a la Oficina de Administración de Personal.
- Solo permita que dentistas adecuados revisen su historia clínica o recomiendan servicios.
- Evite usar dentistas que afirmen que, si bien un artículo o servicio no suele estar cubierto, saben cómo facturárnoslo para que este se pague.
- Lea detenidamente sus declaraciones de explicación de beneficios (EOB).
- No le pida a su dentista que ingrese datos falsos en los certificados, las facturas o los registros a fin de que nosotros paguemos un artículo o servicio.
- Si sospecha que un dentista le ha cobrado por servicios que no recibió, le ha facturado dos veces el mismo servicio o ha tergiversado alguna información, haga lo siguiente:
  - Llame al dentista y pídale una explicación. Posiblemente se trate de un error.
  - Si el dentista no resuelve el asunto, llámenos al 1-855-504-BLUE (2583) y explique la situación, deberá presentarnos su queja por escrito.
- **Civiles federales:** no tenga como familiar en su póliza a las siguientes personas:  
su ex cónyuge después de que una sentencia de divorcio o de anulación sea definitiva (incluso si una orden judicial estipula lo contrario); o su hijo mayor de 22 años (a menos que esté discapacitado y sea incapaz de mantenerse a sí mismo).
- **Personas elegibles para TRICARE:** no tenga como familiar en su póliza a las siguientes personas:  
Su hijo mayor de 21 años si no está inscrito en la escuela (a menos que esté discapacitado o sea incapaz de mantenerse a sí mismo).  
Su hijo mayor de 23 años si está inscrito en la escuela (a menos que esté discapacitado o sea incapaz de mantenerse a sí mismo).

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

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

**Se prohíben el fraude o las declaraciones falsas intencionales de hechos importantes en virtud del plan. Puede ser enjuiciado por fraude o su agencia puede iniciar acciones legales en su contra si falsifica una reclamación para obtener beneficios del Programa de Seguro Dental y para la Vista para Empleados Federales o si trata de obtener servicios para alguien que no es un familiar elegible o que ya no está inscrito en el plan o se inscribe en el plan cuando ya no es elegible.**

---

## **Notas**

---

---

## **Notas**

---

---

## **Notas**

---

## Información sobre las tarifas

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

Áreas de calificación de primas por estado/código postal (primeros tres dígitos)								
Estado	Código postal	Región de calificación	Estado	Código postal	Región de calificación	Estado	Código postal	Región de calificación
AK	Estado completo	5	AP	Estado completo	1	NY	Resto del estado	2
AL	Estado completo	1	MA	010-011, 013-027, 055	5	OH	Estado completo	1
AR	Estado completo	2	MA	Resto del estado	3	OK	Estado completo	1
AZ	855,859-860,863-865	2	MD	205-212, 214, 216-217	3	O	970-973	4
AZ	850-853	3	MD	Resto del estado	2	O	Resto del estado	2
AZ	Resto del estado	1	ME	039-042	5	PA	180-181, 183	4
California	900-908, 910-928, 930-931, 933-935	4	ME	Resto del estado	2	PA	189-196	2
California	939-952, 954, 956-959	5	Inicial del segundo nombre	480-485	2	PA	172-174	3
California	Resto del estado	2	Inicial del segundo nombre	Resto del estado	1	PA	Resto del estado	1
CO	Estado completo	4	MN	550-551, 553-555, 563	4	PR	Toda el área	1
CT	060-063	5	MN	Resto del estado	3	RI	Estado completo	5
CT	Resto del estado	4	MO	726	2	SC	Estado completo	2
DC	Toda el área	3	MO	Resto del estado	1	SD	Estado completo	1
DE	Estado completo	2	MS	Estado completo	1	TN	Estado completo	1
FL	330-334, 349	2	MT	Estado completo	1	TX	Estado completo	1
FL	Resto del estado	1	NC	270-274, 278, 280-282, 284-289	2	UT	Estado completo	2
GA	Estado completo	1	NC	275-277, 283	3	Departamento de Asuntos de Veteranos	201, 205, 220-227	3
GU	Toda el área	1	NC	Resto del estado	1	Departamento de Asuntos de Veteranos	Resto del estado	1
HI	Estado completo	3	ND	Estado completo	5	VI	Toda el área	1
IA	500-514, 516, 520-528	3	NE	Estado completo	2	VT	Estado completo	5
IA	Resto del estado	2	NH	030-033, 038	5	WA	980-985	5

ID	Estado completo	4	NH	Resto del estado	3	WA	Resto del estado	4
IL	600-609, 613	2	NJ	070-079, 085-089	4	WI	540	4
IL	612	3	NJ	Resto del estado	2	WI	Resto del estado	3
IL	Resto del estado	1	NM	Estado completo	1	WV	254	3
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	Estado completo	1	NY	005, 100-119, 124-126	4			

## Tarifas

Área de calificación	Cobertura Alta: quincenal			Cobertura Alta: mensual		
	Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia	Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia
1	\$19.51	\$39.02	\$58.53	\$42.27	\$84.54	\$126.82
2	\$21.86	\$43.72	\$65.59	\$47.36	\$94.73	\$142.11
3	\$23.79	\$47.57	\$71.36	\$51.55	\$103.07	\$154.61
4	\$25.77	\$51.54	\$77.30	\$55.84	\$111.67	\$167.48
5	\$28.84	\$57.69	\$86.53	\$62.49	\$125.00	\$187.48

Área de calificación	Cobertura Estándar: quincenal			Cobertura Estándar: mensual		
	Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia	Individual únicamente	Individual + Uno	Individual y Familia
1	\$10.50	\$20.99	\$31.49	\$22.75	\$45.48	\$68.23
2	\$11.50	\$22.99	\$34.49	\$24.92	\$49.81	\$74.73
3	\$13.06	\$26.12	\$39.18	\$28.30	\$56.59	\$84.89
4	\$14.10	\$28.20	\$42.30	\$30.55	\$61.10	\$91.65
5	\$15.56	\$31.13	\$46.69	\$33.71	\$67.45	\$101.16