



Resumen de Beneficios

Plan BlueDental Copayment QF

Cuidar los dientes y las encías de sus hijos ahora puede ahorrarle tiempo, molestias y dinero más adelante. Un plan BlueDental Copayment QF puede ayudarle a mejorar su salud y la de su familia. También cumple con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Sonría: ¡Ahora puede hacerlo!

Nuestro plan BlueDental Copayment QF, flexible y de bajo costo para niños y adultos, enfatiza la atención preventiva y ofrece muchos beneficios valiosos, incluidos los principales servicios de restauración. Cuando visite a un dentista dentro de la red, solo pagará el copago por el procedimiento, que siempre sabrá por adelantado, y cualquier deducible que pueda aplicar.

Plan BlueDental Copayment QF

- Tendrá acceso a una red nacional¹
- Descuentos en aparatos ortopédicos y trabajo dental cosmético²
- Copagos y deducibles bajos y previsibles cuando visita a un dentista participante
- No hay necesidad de presentar formularios de reclamación al ver a un dentista participante.
- No se necesitan referidos para consultar un especialista.

Oral Health for Overall HealthSM (Salud Oral para la Salud General)

Si tiene una condición médica que califica, el programa Oral Health for Overall Health le proporciona beneficios adicionales que pueden ayudar a mejorar su salud en general.³ Estos beneficios están valorados en \$1,000 y están cubiertos en un 100% cuando visita a un proveedor participante. Le hacemos fácil el poder participar, si tiene una cobertura médica y dental con Florida Blue, lo inscribiremos automáticamente.



Transferencia máxima de beneficios

Sus beneficios van más allá con la Transferencia máxima de beneficios, la cual le permite ahorrar una porción de sus beneficios sin utilizar para usarlos en años futuros. Con el tiempo, usted puede alcanzar hasta \$2,000 en beneficios anuales, comparado con el estándar máximo del plan de \$1,000.⁴ No hay tarifa que pagar ni papeleo que completar.



Su beneficio anual en dólares puede acumularse

BlueDental Loyalty

Los planes BlueDental Copayment QF para adultos le proporcionan servicios adicionales luego de alcanzar las metas de membresía, comenzando en solo seis meses. Estos incluyen en número de servicio al cliente exclusivo y limpiezas adicionales que pueden ayudarle a tener una sonrisa más brillante y saludable. Usted está automáticamente inscrito, así que es fácil ganar beneficios adicionales.



Para encontrar un dentista en nuestra red de BlueDental Copayment, visite floridabluedental.com/find-a-dentist y seleccione BlueDental Copayment QF de la lista Tipo de Plan.

¿Tiene preguntas?

¡Nuestros representantes de atención al cliente pueden ayudarle! Simplemente llame al 1-888-223-4892, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite floridabluedental.com.

Plan BlueDental Copayment QF

Dentro de la red
usted paga

Fuera de la red
usted paga

BENEFICIOS PEDIÁTRICOS (hasta los 19 años)⁵

Deducible (aplica solo para servicios preventivos, básicos y complejos)	\$25	
Servicios de atención preventiva	SIN PERIODO DE ESPERA	
Exámenes bucales	\$0	20%
Limpiezas	\$0	20%
Radiografías de mordida	\$0	20%
Tratamiento con flúor	\$0	20%
Sellante bucal - por diente	\$6	20%
Servicios Básicos	SIN PERIODO DE ESPERA	
Restauraciones con amalgama (una superficie, primaria/permanente)	\$15	40%
Restauración con resina compuesta, diente frontal	\$20	40%
Tratamiento de emergencia por dolor dental	\$12	40%
Extracción - diente erupcionado o raíz expuesta	\$17	40%
Servicios Complejos	SIN PERIODO DE ESPERA	
Corona - porcelana fundida a metal noble	\$302	60%
Tratamiento de conducto - molar	\$305	60%
Dentadura completa - superior	\$375	60%
Dentadura parcial superior - a base de resina	\$296	60%
Implantes médicamente necesario (se requiere autorización previa)		
Posicionamiento quirúrgico del cuerpo del implante - endosteal	\$375	70%
Ortodoncia médicamente necesaria (se requiere autorización previa)	\$375	70%
Máximo mensual a su cargo si solo un niño está cubierto	\$375	Sin límite
Máximo mensual a su cargo si más de un niño está cubierto	\$750	Sin límite
Programas de Beneficios Adicionales		
Oral Health for Overall Health (Salud Oral para la Salud General)	Incluidos	

BENEFICIOS PARA ADULTOS (mayores de 19 años)

Deducible (aplica solo para servicios básicos y complejos)	\$50	
Servicios de atención preventiva	SIN PERIODO DE ESPERA	
Exámenes bucales	\$0	20%
Limpiezas	\$10	20%
Radiografías de mordida	\$0	20%
Servicios básicos	PERIODO DE ESPERA DE 6 MESES⁶	
Radiografías de boca completa	\$17	40%
Restauraciones con amalgama (una superficie, primaria/permanente)	\$15	40%
Restauración con resina compuesta, diente frontal	\$20	40%
Extracción - diente erupcionado o raíz expuesta	\$17	40%
Tratamiento de emergencia por dolor dental	\$12	40%
Servicios Complejos	PERIODO DE ESPERA DE 6 MESES⁶	
Corona - porcelana fundida a metal noble	\$302	60%
Prótesis dental completa superior	\$382	60%
Tratamiento de conducto - molar	\$305	60%
Raspado periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante	\$61	60%
Programas de Beneficios Adicionales		
Transferencia Máxima de Beneficios	Incluidos	
Oral Health for Overall Health (Salud Oral para la Salud General)	Incluidos	
BlueDental Loyalty	Incluidos	
Máximo anual para adultos	\$1,000	

1. Cualquier repetición del tratamiento de conducto radicular se pagará un (1) año después de la fecha de finalización de la terapia de conducto radicular.
2. Las restauraciones de amalgama, silicato, acrílico y materiales compuestos para restaurar dientes afectados sólo se pagarán en la superficie del mismo diente una vez cada doce (12) meses consecutivos.
3. La cantidad permitida para gingivectomía o gingivoplastia por cada cuadrante se pagará cuando dos o más dientes del mismo cuadrante se facturan en la misma fecha de servicios.
4. Los selladores están limitados a los primeros y segundos molares para dientes primarios, y a los premolares y molares para dientes permanentes de los niños dependientes.
5. La anestesia general y la sedación intravenosa se pagan solamente si se brindan con los procedimientos quirúrgicos cubiertos.
6. Los procedimientos de mantenimiento periodontal después de la terapia activa se limitan a dos (2) veces por año calendario. La profilaxis periodontal estará sujeta a los mismos límites que una profilaxis de rutina. El beneficio total de la profilaxis se limita a dos (2) veces por año calendario.
7. Los servicios periodontales están limitados a los miembros de dieciocho (18) años en adelante.
8. Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones no están cubiertos, excepto para el tratamiento paliativo de emergencia.
9. Las amalgamas o compuestos para restauraciones múltiples sobre una superficie serán consideradas como una restauración. El subsidio incluye base aislante y anestesia local.
10. Todas las prótesis fijas se pueden facturar en la fecha de la colocación/ inserción.
11. Todas las prótesis removibles pueden facturarse en la fecha de entrega final.
12. Radiografías intraorales, no se cubren las series completas, esto incluye radiografías interproximales, si se realizan el mismo día que la imagen de la radiografía panorámica.

En esta póliza se excluyen las siguientes prestaciones:

1. Cobertura para la colocación de un aparato prostodóntico inicial que reemplace los dientes faltantes antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del miembro.
2. Los servicios o suministros que no son médicamente necesarios de acuerdo con las normas aceptadas de la práctica dental, según lo determinado por nuestros dentistas consultores, o que no están recomendados o aprobados por el dentista tratante.
3. Cargos por servicios o suministros facturados por otra persona que no sea un dentista.
4. Los beneficios por servicios prestados por un miembro de su familia, (su cónyuge y su[s] hijo[s], hermanos, hermanas y padres o los de su cónyuge).
5. Los servicios prestados principalmente con fines estéticos.
6. Los cargos incurridos por faltar a una consulta dental.
7. Los servicios prestados a través de un departamento médico, clínica o centro de la misma naturaleza, o brindados por, o en nombre de, un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o personas o grupos similares.
8. Los servicios médicos relacionados con el tratamiento de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) (mandíbula ósea inferior temporal) disfunciones (trastornos craneomandibulares),
9. Los tratamientos de carácter experimental o de investigación.
10. Servicios dentales recibidos o prestados:
 - a. a través o en el hospital o un establecimiento gubernamental de un veterano debido a un servicio relacionado con la discapacidad;
 - b. que están cubiertos y pagados bajo Compensación de Trabajadores o ley similar; o
 - c. que se coordinan con otra póliza de seguro que proporciona beneficios dentales por los mismos cargos, en la medida en que el monto total pagadero en ambos planes excede el 100% de la Asignación de FCL para gastos realmente incurridos.
11. Servicios por los cuales el miembro no tiene ningún costo.
12. Procedimientos, aparatos o restauraciones necesarias para alterar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión. Tales procedimientos incluyen, pero no se limitan a, equilibrio, soporte periodontal, rehabilitación de toda la boca, restauración de la estructura dental por abrasión y restauración de la mala alineación de los dientes.
13. Anestesia local cuando el dentista la facture por separado.
14. Cualquiera de los servicios pagados o por pagar bajo el contrato de seguro de salud del miembro.
15. Servicios que no se detallan en esta póliza ni en ningún programa relacionado con esta póliza.
16. Los cargos por un servicio más costoso, procedimiento o curso de tratamiento que está habitualmente proporcionado por la profesión dental, de acuerdo con los estándares profesionales establecidos de la práctica odontológica para la condición dental que se trate. El pago de dichos cargos en virtud de esta póliza se basa en la estimación preventiva para el servicio, procedimiento o tratamiento menos costoso.
17. Cualquier tratamiento adicional debido al incumplimiento de las instrucciones por parte del miembro o a la falta de cooperación con el dentista.
18. El tratamiento para cualquier enfermedad, lesión, o condiciones médicas que surjan de: guerra o acto de guerra (declarada o no), participación en un delito grave, revuelta o insurrección, servicio en las fuerzas armadas o unidades auxiliares e intento de suicidio o lesión autoinflingida intencionalmente, esté o no en sano juicio.
19. Servicios prestados antes de la fecha de inicio de la cobertura.
20. Los servicios que se prestan después de la terminación de la cobertura, excepto según se indica en el documento "Extensión de beneficios después de finalizado el contrato" ("Extension of Benefits upon Contract Termination").
21. Cargos por servicios o suministros relacionados con esterilización. Los cargos por la esterilización se incluyen en la estimación preventiva para otros procedimientos dentales cubiertos.
22. Reemplazo de diente o puente que se torne necesario debido a pérdida, robo o alteración por parte de un miembro.
23. Servicios en relación con cualquier corona, restauración de cobertura incrustada, superficial o parcial o para cualquier prótesis o puente si el tratamiento comenzó antes de la cobertura del miembro bajo esta póliza.
24. Dentaduras, coronas o puentes duplicados.
25. Restauraciones de Laminado Labial.
26. Anestesia general y sedación intravenosa administrada exclusivamente para el manejo del paciente o su comodidad.
27. Cargos por óxido nítrico.
28. Servicios, distintos a los que se brindan a un recién nacido, con respecto a malformaciones congénitas (hereditarias) o en el desarrollo, o por razones cosméticas, incluyendo pero no limitados a, paladar hendido, malformaciones maxilares o mandibulares (superiores o inferiores), hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (ausencia congénita de dientes).
29. Medicinas recetadas, analgesia o medicina previa.
30. Injertos orales adicionales (injerto de tejidos desde fuera de la boca a los tejidos orales).
31. Los cargos por servicios de higiene bucal, control de la placa o instrucciones sobre la dieta.
32. Cargos por servicios de ortodoncia a menos que estén indicados en el Plan de beneficios.
33. Los cargos por la esterilización se incluyen en la estimación preventiva para otros procedimientos dentales cubiertos.
34. Los cargos por eliminación de residuos biológicos peligrosos se incluyen en la cantidad máxima permitida para otros procedimientos dentales cubiertos.
35. Gastos asociados con lesiones accidentales a dientes naturales sanos.
36. Cargos por implantes a menos que estén indicados en el Plan de beneficios.
37. Procedimientos de imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) de haz cónico (Cone Beam).
38. Costos hospitalarios o cualquier tarifa adicional que el dentista u hospital cobre por el tratamiento en el hospital (paciente hospitalizado o ambulatorio).
39. Fabricación de protectores bucales deportivos.
40. Blanqueamiento interno y externo.

Esto no es una póliza de seguro, sólo las disposiciones actuales de control de una póliza emitida. Las pólizas de Florida Combined Life establecen los derechos y obligaciones de las personas cubiertas y Florida Combined Life. Tenga en cuenta que se pueden aplicar limitaciones y exclusiones adicionales y cierta cobertura puede ser reducida o terminada debido a la edad o la falta de elegibilidad. Lea cuidadosamente los documentos del seguro.

¹ Las redes están conformadas por dentistas independientes contratados.

² Algunos dentistas han aceptado voluntariamente ofrecer un descuento del 20% en sus cargos por servicios cosméticos no cubiertos y servicios de ortodoncia. Estos dentistas están identificados por una afiliación al Programa de Descuentos en Cosmética Dental o al Programa de Descuentos en Ortodoncia. Debido a que estos dentistas no están ni contractualmente ni legalmente obligados a ofrecer estos descuentos, le recomendamos que se ponga en contacto con el proveedor antes de programar una cita y le pregunte si estos descuentos están disponibles.

³ Estas condiciones incluyen diabetes, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, cáncer oral, cáncer de cabeza y cuello, síndrome de Sjogren y embarazo.

⁴ La renovación se aplica a los miembros de 19 años de edad o mayores y activos el último día del año calendario. Para calificar, también debe recibir al menos un servicio cubierto durante el año calendario (las limpiezas de rutina califican). El monto que se puede acumular tiene un límite de \$1,000; acumulado al máximo anual del plan de \$1,000, su beneficio anual total puede llegar a \$2,000. El dinero acumulado no caduca.

⁵ Los beneficios dentales pediátricos finalizan el último día del mes calendario del cumpleaños N.º 19 de la persona cubierta.

⁶ Los periodos de espera no se aplican si se presentan con prueba de cobertura dental acreditable previa.

Florida Combined Life Insurance Company, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Combined Life, es una afiliada de Florida Blue. Estas compañías son Licenciatarias Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770).

© 2021 Florida Blue. Todos los derechos reservados.

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.