

Plan BlueDental Copayment QF para Familias

Cuidados dentales económicos y de calidad

¿Sabía usted que la salud dental puede tener un impacto importante en condiciones como diabetes, enfermedad de las arterias coronarias, cáncer oral, Síndrome de Sjögren, y a aquellas personas que han sufrido una embolia o que están embarazadas? Existe una relación innegable entre la salud bucal y una buena salud general. Eso significa que, como nunca antes, es importante que reciba cuidados dentales preventivos regulares que le ayudarán a mantener no solo una buena salud bucal, sino también una buena salud en general.

Ahora tiene motivos para sonreír

BlueDental Copayment QF, nuestro Plan de bajo costo y fácil de usar para adultos y niños es compatible con todos los requisitos federales de La Ley de Cuidados de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), hace énfasis en atención preventiva y también proporciona la flexibilidad de elegir cualquier dentista, dentro o fuera de la red. Aunque el uso de un dentista de la red proporciona un mejor beneficio, la elección es siempre suya.

Cuando acude a un dentista de la red del Plan BlueDental QF con Copago, tendrá que pagar sólo el copago especificado para el procedimiento, que siempre se sabe por adelantado, junto con los deducibles que puedan aplicar.

Beneficios dentales mejorados

Los miembros de BlueDental Copayment QF que tienen cáncer oral, diabetes, enfermedad de la arteria coronaria, síndrome de Sjögren (una enfermedad autoinmune que causa sequedad de la boca y de los ojos), que han sufrido una embolia, o que están embarazadas, podrían estar calificados(as) para inscribirse en nuestro programa de Salud oral (Oral Health) en el programa de Salud general (Overall Health). Visite FloridaBlueDental.com y vea si califica para inscribirse en este programa. Los Beneficios dentales mejorados se pagan en un 100% y no están sujetos a deducibles, coseguro o a cantidades máximas por año calendario cuando son proporcionados por un proveedor dental participante.

Los miembros del Plan BlueDental Copayment QF pueden esperar:

- Una amplia red PPO* de dentistas generales y especialistas selectos en toda Florida
- Acceso a la red Nacional de dentistas cuando viaja fuera de Florida
- Copagos bajos predecibles y deducibles que especifican los costos a su cargo cuando selecciona un dentista participante
- No hay necesidad de presentar formularios de reclamación al ver a un dentista participante.
- No se necesitan referidos o autorizaciones para ver a un especialista
- Un programa incluido de valor agregado con descuentos** en procedimiento de ortodoncia y odontología cosmética..

Para ver la lista de dentistas de la red BlueDental Copayment, visite FloridaBlueDental.com

¿No encuentra a su dentista en nuestra red? Envíe un correo electrónico a fclprovidernomination@fclife.com o envíe la información de su dentista por fax al 1-904-866-4846 y consideraremos incluirlo(a) en nuestra amplia red.

¿Tiene preguntas o inquietudes?

Nuestros Representantes de servicio al cliente están disponibles para servirle de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Sólo llámenos al 1-888-223-4892. Será un placer ayudarle.

Florida Blue 
Para una mejor salud®

*Las redes están conformadas por dentistas independientes contratados.

**Algunos proveedores dentales han acordado voluntariamente ofrecer un 20% de descuento en precios de ciertos servicios cosméticos o de ortodoncia no cubiertos. Estos proveedores dentales están identificados por estar asociados ya sea al "Cosmetic Dental Discount Program" o al "Orthodontic Discount Program". Debido a que estos proveedores no están legalmente requeridos ni tienen contrato para ofrecer estos descuentos, le recomendamos que se comunique con el proveedor para preguntar acerca de estos descuentos antes de hacer una cita.

BlueDental Copayment QF

Resumen de Beneficios

Plan BlueDental Copayment QF

Dentro de la Red
Usted Paga

Fuera de la Red
Usted Paga

BENEFICIOS PEDIÁTRICOS* (hasta los 19 años)		
Servicios de atención preventiva	Sin período de espera	
Evaluación Oral Periódica	\$0	20%
Limpiezas	\$0	20%
Radiografías de mordida	\$0	20%
Tratamiento con flúor	\$0	20%
Sellante bucal - Por diente	\$6	20%
Servicios básicos	Sin período de espera	
Restauraciones con amalgama - Una superficie, primaria o permanente	\$15	40%
Restauración con resina compuesta una superficie - Diente frontal	\$20	40%
Tratamiento paliativo (emergencia)	\$12	40%
Extracción - diente erupcionado o raíz expuesta	\$17	40%
Servicios complejos	Sin período de espera	
Corona - Porcelana fundida a metal noble	\$302	60%
Conducto radicular, molar	\$305	60%
Dentadura completa, superior	\$350	60%
Dentadura parcial superior, a base de resina	\$296	60%
Implantes médicamente necesarios (se requiere autorización previa)		
Posicionamiento quirúrgico de un cuerpo de implante - implante de endosteal	\$350	70%
Ortodoncia médicamente necesaria (se requiere autorización previa)	\$350	70%
Gasto máximos a su cargo si solo un hijo está cubierto	\$350	Ilimitado
Gasto máximos a su cargo si más de un hijo está cubierto	\$700	Ilimitado
Deducible (servicios de atención preventiva, básicos y complejos únicamente)	\$25	
BENEFICIOS PARA ADULTOS (19 años y más)		
Servicios de atención preventiva	Sin período de espera	
Exámenes bucales	\$0	20%
Limpiezas	\$10	20%
Radiografías de mordida	\$0	20%
Servicios básicos	Período de espera de 6 Meses**	
Intraoral - serie completa (incluidas radiografías de aletas de afirmación dental)	\$17	40%
Restauraciones con amalgama - Una superficie, primaria/permanente	\$15	40%
Extracción - diente erupcionado o raíz expuesta	\$17	40%
Tratamiento paliativo - de emergencia	\$12	40%
Servicios complejos	Período de espera de 6 Meses**	
Corona, porcelana fundida a metal noble	\$302	60%
Dentadura completa, superior	\$382	60%
Conducto radicular, molar	\$305	60%
Limpieza dental periodontal y alisado radicular, 4 o más dientes por cuadrante	\$61	60%
Máximo acumulado - Cada año cuando usted gasta una cantidad inferior al límite de pago anual de reclamaciones, recibirá el dinero máximo acumulado.	Incluido	
Deducible (servicios básicos y complejos únicamente)	\$50	
Máximo Anual	\$1,000	

*Los Beneficios Dentales Pediátricos terminan el último día del mes calendario del año del cumpleaños número 19 de la persona cubierta.

**Los períodos de espera no aplican si se presentan con prueba de cobertura dental acreditable previa.

Limitaciones y exclusiones de BlueDental Copayment QF

1. Cualquier tratamiento de conducto adicional se pagará un (1) año después de la fecha en que se completa la terapia de conducto.
2. Los tratamientos realizados con amalgama, silicato, acrílico y resina compuesta para restaurar la dentadura en mal estado se pagarán sólo para la misma superficie dental una vez cada doce (12) meses consecutivos.
3. La gingivectomía o gingivoplastia por cantidad permitida para cada cuadrante se pagará cuando se facturen dos o más dientes en una misma fecha de servicio, y en el mismo cuadrante.
4. Los sellantes orales se limitan a los primeros y segundos molares de los dientes de leche y los bicúspides y molares de los dientes permanentes de los niños dependientes.
5. La anestesia general y la sedación intravenosa se pagarán únicamente si se administran en relación con procedimientos quirúrgicos dentales cubiertos.
6. Los procedimientos de mantenimiento periodontal posteriores a una terapia activa está limitada a dos (2) veces por año calendario. La profilaxis periodontal estará sujeta a los mismos límites como una profilaxis de rutina. El beneficio total por profilaxis está limitada a dos (2) veces por año calendario.
7. Los servicios periodontales se limitan a los miembros de dieciocho (18) años o más.
8. Los servicios realizados fuera de los Estados Unidos, sus territorios y posesiones no están cubiertos, excepto por los tratamientos paliativos de emergencia.
9. Las restauraciones múltiples con resina compuesta o amalgamas en una superficie se considerarán una restauración. La cantidad máxima permitida incluye el uso de base aislante y la administración de anestesia local.
10. Todas las prótesis fijas son facturables en la fecha de inserción.
11. Todas las prótesis removibles pueden facturarse en la fecha final de entrega.
12. Las radiografías intraorales, series completas incluyendo radiografías de mordida no están cubiertas si se hacen el mismo día de la radiografía panorámica.

Los siguientes términos se consideran excluidos bajo esta póliza:

1. Beneficios para la colocación de un aparato prostodóntico que reemplace un diente faltante antes de la fecha de inicio del plan de un adulto.
2. Los servicios o los suministros que no son médicamente necesarios conforme a los estándares aceptados de la práctica dental, según lo determinan nuestros dentistas asesores, o bien aquellos que el dentista tratante no recomienda o no aprueba.
3. Cargos por servicios o suministros facturados por otra persona que no sea un dentista.
4. Los beneficios por servicios que le proporciona un miembro de su familia (ya sea su cónyuge, o bien sus hijos, hermanos y pro genitores 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, clínica o establecimiento similar, que se ofrecen o mantienen en nombre de un empleador, asociación mutua de beneficios, sindicato, fideicomisario o grupos o personas de naturaleza similar.
8. Los servicios médicos relacionados con el tratamiento de disfunciones (trastornos craneomandibulares, trastornos craneofaciales) de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) (hueso temporal - mandíbula inferior).
9. Los tratamientos de carácter experimental o de investigación.
10. Servicios dentales recibidos o proporcionados:
 - a. a través de o en un hospital para veteranos o un establecimiento gubernamental debido a una discapacidad relacionada con un servicio;
 - b. que están cubiertos y se pagan conforme a la ley de Compensación para el Empleado por Accidentes Laborales (Worker's Compensation) o leyes similares; o bien
 - c. que se coordinan con otra póliza de seguro que ofrece beneficios dentales para los mismos cargos, siempre que la cantidad total a pagar por ambos planes supere el 100% de la cantidad permitida de FCL para los gastos en los que realmente se incurre.
11. Los servicios para los cuales el miembro no incurre en ningún gasto.
12. Los procedimientos, los aparatos o las restauraciones que son necesarios para modificar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión. Tales procedimientos incluyen, entre otros: nivelación, entablillado periodontal, rehabilitación de boca completa, restauración de estructura dental perdida por desgaste y restauración por mal alineamiento dental.
13. Anestesia local cuando el Dentista la facture por separado.
14. Cualquier servicio pagado o que se paga a través de la póliza de seguro de salud del miembro.
15. Los servicios que no se incluyen en esta póliza o en cualquier anexo que se adjunta a esta póliza.
16. Los cargos por un servicio, procedimiento o plan de tratamiento más costoso que el que proporcionan habitualmente los profesionales dentales, de acuerdo con los estándares profesionales establecidos de la práctica dental para la condición dental en cuestión. El pago por tales cargos conforme a esta póliza se basará en la cantidad máxima permitida para el servicio, procedimiento o plan de tratamiento menos costoso.
17. Cualquier tratamiento adicional que es necesario porque el miembro no sigue las instrucciones o bien no colabora con el dentista.
18. El tratamiento para cualquier enfermedad, lesión o condición médica que se presenta como consecuencia de: una guerra o acto de guerra (declarada o no), la participación en un delito, un disturbio o insurrección, el servicio en las fuerzas armadas o unidades auxiliares, y el intento de suicidio o una lesión autoinflingida intencionalmente, independientemente de si la persona tiene una enfermedad mental.
19. Los servicios que se prestan antes de la fecha de inicio del plan.
20. Los servicios que se prestan después de la terminación de los beneficios, 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 esterilización se incluyen en la cantidad máxima permitida para otros procedimientos dentales cubiertos
22. El reemplazo de cualquier diente o puente que sea necesario como resultado de la pérdida, el robo o la modificación que lleva a cabo un miembro.
23. Servicios relacionados con coronas, restauraciones incrustadas o superficiales o dentaduras o puentes, si el tratamiento comenzó antes que su plan en virtud de este Endoso.
24. Dentaduras, coronas o puentes duplicados.
25. Restauraciones de Laminado labial.
26. Anestesia general y sedación intravenosa administradas exclusivamente para el control o la comodidad del paciente

27. Cargos por óxido nitroso.
28. Los Servicios, distintos a aquellos proporcionados a los niños recién nacidos, que tengan relación con malformaciones congénitas (hereditarias) o de desarrollo o por razones estéticas, que incluyen pero que no se limitan a la hendidura del paladar, malformaciones maxilares o mandibulares (superiores o inferiores), hipoplasia del esmalte dental (por falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración del diente) y anodoncia (ausencia congénita de dientes).
29. Medicinas recetadas, analgesia o medicación previa.
30. Los injertos extraorales (injertos de tejidos del área exterior de la boca en 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 se indique en el Plan de Beneficios.
33. Los cargos por esterilización se incluyen en la cantidad máxima permitida para otros procedimientos dentales cubiertos.
34. Los cargos por eliminación de residuos biológicos peligrosos están incluidos en la Cantidad Máxima Permitida para otros procedimientos dentales cubiertos.
35. Gastos asociados con lesiones accidentales en dientes naturales que están en buenas condiciones.
36. Los cargos por implantes, a menos que estén enumerados en el plan de beneficios.
37. Imágenes de haz cónico y procedimientos de Imágenes de resonancia magnética (MRI).
38. Los costos de hospital o cualquier cargo adicional del dentista o el hospital por tratamiento en el hospital (pacientes internos o externos).
39. Fabricación de protector bucal deportivo.
40. Blanqueamiento interno y externo.
41. Consultas telefónicas.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (colectivamente "Florida Blue"), Florida Combined Life y el Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program® (FEP) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o 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). FEP: Llame al 1-800-333-2227.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resewva yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227.

Este resumen de beneficios proporciona una descripción muy breve de los productos de seguro de Florida Combined Life. Esto no es una póliza de seguro y solo rigen las disposiciones reales de las pólizas emitidas. Las pólizas de Florida Combined Life establecen los derechos y las obligaciones de las personas cubiertas y de Florida Combined Life. Tenga en cuenta que se aplican ciertas limitaciones y exclusiones, y que algunas coberturas se pueden reducir o dar por terminadas debido a la edad del miembro o a su falta de elegibilidad. Si se inscribe para tener una cobertura, recibirá una póliza o certificado de seguro. Lea atentamente los documentos del seguro.

Florida Blue es un nombre comercial de Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc. Los planes BlueDental se ofrecen a través de Florida Combined Life Insurance Company, Inc., cuyo nombre comercial es Florida Combined Life, una afiliada de Blue Cross and Blue Shield Florida Florida Inc., cuyo nombre comercial es Florida Blue. Estas compañías son Licenciatarías Independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

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.

Podemos ayudarle

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de la póliza BlueDental Copayment Q o QF, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-223-4892.

Spanish	Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de BlueDental Copayment Q or QF Policy, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-223-4892.
French Creole	Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan BlueDental Copayment Q or QF Policy, se dwa w pou resewwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-888-223-4892.
Vietnamese	Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về BlueDental Copayment Q or QF Policy, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-888-223-4892.
Portuguese	Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o BlueDental Copayment Q or QF Policy, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-888-223-4892.
Chinese	如果您, 或是您正在協助的對象, 有關於 [插入項目的名稱 BlueDental Copayment Q or QF] 方面的問題, 您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員, 請撥電話 [在此插入數字 1-888-223-4892]。
French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de BlueDental Copayment Q or QF Policy, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-888-223-4892.
Tagalog	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa BlueDental Copayment Q or QF Policy, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-888-223-4892.
Russian	Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу BlueDental Copayment Q or QF Policy то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-888-223-4892.
Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص BlueDental Copayment Q or QF Policy، يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-888-223-4892.
Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande su BlueDental Copayment Q or QF Policy, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare 1-888-223-4892.
German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum BlueDental Copayment Q or QF Policy, haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-888-223-4892 an.
Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 BlueDental Copayment Q or QF Policy, 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-888-223-4892로 전화하십시오.
Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie pytania odnośnie BlueDental Copayment Q or QF Policy, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 1-888-223-4892.
Gujarati	જો તમે અથવા તમે કોઈને મદદ કરી રહ્યાં છો તેમ જ કોઈને BlueDental Copayment Q or QF Policy વિશે પ્રશ્નો હોય તો તમને મદદ અને મહત્તી મેળિ નો અધિકાર છે. તે ખર્ચ વિન તમ રી ભષમ ાં પ્રપ્ત કરી શક ર છે. દ ભ વષરો િ ત કરિ મ ઢે,આ 1-888-223-4892 પર કોલ કરો.
Thai	หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ BlueDental Copayment Q or QF Policy คุณมีสิทธิ์ที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการ โทร 1-888-223-4892.

1557 Aviso sobre no discriminación

Florida Combined Life Insurance Company, Inc. (FCL) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. FCL no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

FCL:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con 1-888-223-4892

Si considera que FCL no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar un reclamo a:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331

Email civilrightscoordinator@fclife.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través del portal de Office for Civil Rights Complaint, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o por teléfono.

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.