Triple-S Salud

www.ssspr.com

Servicio al Cliente 787-281-2303 o 1-800-716-6081 2027

TRIPLE-S SALUD

2027

Un plan PPO dental regional

Proveemos servicio: Puerto Rico

Opciones de suscripción para este plan:

- **Opción Ampliada – Individual**
- **Opción Ampliada – Pareja**
- **Opción Ampliada – Familiar**

La suscripción a este plan es limitada. Usted debe vivir en Puerto Rico para suscribirse a este plan.

IMPORTANTE

- Primas: Contraportada
- Cambios para el 2027: Página 3
- Resumen de Beneficios: Página 33

FEDVIP
Federal Employees
Dental And Vision Insurance Program

Authorized for distribution by the:

United States
Office of Personnel Management

Healthcare and Insurance
http://www.opm.gov/insure

Introducción

El 23 de diciembre de 2004, el presidente George W. Bush firmó la Ley de Mejora a los Beneficios Dentales y de la Vista para los Empleados Federales de 2004 (Ley Pública 108-496). La ley encargó a la Oficina de Administración de Personal de Estados Unidos (OPM, por sus siglas en inglés) a establecer programas suplementarios de beneficios dentales y visión para empleados federales, retirados y sus dependientes elegibles. En respuesta a la legislación, la OPM estableció el Programa de Seguro de Visión y Cuidado Dental para Empleados Federales (FEDVIP, por sus siglas en inglés). La OPM ha contratado aseguradoras dentales y de visión para ofrecer una variedad de opciones para los empleados federales y pensionados. La sección 715 de la Ley de Autorización de Gastos de Defensa Nacional para el Año Fiscal 2017 (FY 2017 NDAA), Ley Pública 114-38, extendió la elegibilidad de FEDVIP a ciertos individuos elegibles para TRICARE.

Este folleto describe los beneficios de Triple-S Salud bajo el contrato de Triple-S Salud OPM01-FEDVIP-01AP-11 con OPM y según autorizado por la ley FEDVIP. La dirección de nuestra oficina administrativa es la siguiente:

Triple-S Salud, Inc. (Triple-S Salud)
1441 Avenida F.D. Roosevelt
San Juan, Puerto Rico 00920
Número de teléfono de Servicio al Cliente: 787-281-2303 o 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999; Página web: www.ssspr.com

Este folleto es una declaración oficial de beneficios. Ninguna declaración verbal puede modificar o afectar los beneficios, limitaciones y exclusiones incluidos en este folleto. Es su responsabilidad mantenerse informado sobre sus beneficios. Usted y sus familiares no tienen derecho a beneficios que estaban disponibles antes del 1 de enero de 2027, a menos que esos beneficios también aparezcan en este folleto.

Si está suscrito a este plan, usted tiene derecho a los beneficios descritos en este folleto. Si usted está suscrito en la cubierta de pareja (Self Plus One), usted y su familiar designado tienen derecho a estos beneficios. Si usted está suscrito a la cubierta familiar (Self and Family), cada uno de sus familiares elegibles también tiene derecho a estos beneficios si ellos también se incluyen en la cubierta.

La OPM negocia primas con cada aseguradora anualmente. Las primas aparecen al final de este folleto.

El plan de salud dental de Triple-S Salud es responsable de la selección de los proveedores de la red en su área. Comuníquese con nosotros al 787-281-2303 o llame gratis al 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 para obtener los nombres de los proveedores participantes o para solicitar un directorio de proveedores. Usted también puede ver o solicitar el directorio más reciente a través de nuestra página web www.ssspr.com. No se puede garantizar la participación continua de ningún proveedor específico. Por lo tanto, usted debe elegir su plan en función de los beneficios provistos y no en la participación de un proveedor específico. Cuando usted llame para hacer una cita, favor recuerde verificar si el proveedor está actualmente en la red. Si su proveedor no participa actualmente en la red de proveedores, usted puede nominarlo(a) para que sea parte de la red. Los formularios de nominación están disponibles en nuestra página web. También puede llamarnos y le enviaremos un formulario. Fuera del periodo de suscripción, usted no puede cambiar de un plan a otro debido a cambios en la red de proveedores.

Las redes de proveedores pueden ser más amplias en algunas áreas que en otras. No podemos garantizar la disponibilidad de cada especialidad en todas las áreas. Si usted requiere los servicios de un especialista y uno no está disponible en su área, por favor, comuníquese con nosotros para proveerle asistencia.

El plan de Triple-S Salud y todos los demás planes FEDVIP no son parte del Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHB, por sus siglas en inglés) / Programa de Beneficios de Salud para Empleados Postales (PSHB, por sus siglas en inglés).

Queremos que recuerde que proteger la confidencialidad de su información de salud individualmente identificable es de suma importancia para nosotros. Para revisar todos los detalles acerca de nuestras prácticas de privacidad, obligaciones legales y sus derechos, por favor, visite nuestra página web, www.ssspr.com luego, haga clic en el enlace de Política de Privacidad en la parte inferior de la página. Si usted no tiene acceso al Internet o desea obtener más información, llámenos al 787-281-2303 o llame gratis al 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999.

Discriminar es ilegal
Triple-S Salud, Inc. cumple con todas las leyes federales de derechos civiles aplicables, incluyendo tanto el Título VII de Derechos Civiles del 1964 como la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). De conformidad con la Sección 1557, Triple-S Salud no discrimina, no excluye a las personas ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Tabla de contenido

Como hemos cambiado para el 2027 3
Aspectos sobresalientes del Programa FEDVIP 4
- Una selección de planes y opciones 4
- Suscríbase a través de BENEFEDS 4
- Suscripción dual 4
- Fecha efectiva de la cubierta 4
- Deducción salarial antes de impuestos para los empleados 4
- Oportunidad de suscripción anual 4
- Continuación de la cubierta grupal después del retiro 4
- Periodo de espera 4
- Cumplimiento con la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés) 4

Sección 1. Elegibilidad 5
- Empleados federales 5
- Pensionados federales 5
- Supervivientes de pensionados 5
- Las personas que reciben compensación (Compensationers) 5
- Familiares 5
- No elegible 6

Sección 2. Suscripción 7
- Suscríbase a través de BENEFEDS 7
- Tipos de suscripción 7
- Suscripción dual 7
- Oportunidades para suscribirse o cambiar de suscripción 7
- Cuando termina la cubierta 10
- Continuación de cubierta 11
- FSAFEDS/Planes de salud con deducibles altos y FEDVIP 11

Sección 3. Cómo obtener cuidado 12
- Tarjetas de identificación/Confirmación de suscripción 12
- Dónde obtener cuidado cubierto 12
- Proveedores del plan 12
- Dentro de la red 12
- Fuera de la red 12
- Preautorización/Predeterminación de beneficios 12
- FEHB como pagador primario 13
- Coordinación de beneficios 13
- Área de servicio 13
- Revisión dental 13

Sección 4. Su costo para servicios cubiertos 14
- Coaseguro 14
- Beneficio máximo de por vida 14
- Servicios dentro de la red 14
- Servicios fuera de la red 14
- Servicios de emergencia 14
- Servicios internacionales 14

Sección 5. Servicios y suplidos dentales - Clase A: Básica 15
Clase B: Intermedia 17
Clase C: Avanzada 21
Clase D: Ortodoncia 26
Servicios generales 27
Sección 6. Exclusiones generales – Qué no cubrimos 28

Sección 7. Cómo presentar reclamaciones y los procesos de reclamaciones en disputa 29
Cómo presentar reclamaciones por servicios cubiertos 29
Fecha límite para enviar su reclamación 30
Proceso de reclamaciones en disputa 30
Sección 8. Definición de términos utilizados en este folleto 31
¡Alto al fraude en el cuidado de la salud! 32
Resumen de beneficios 33
Información de tarifas 34

Como hemos cambiado para el 2027

Hemos añadido los siguientes códigos dentales:

•D7961 Frenectomía bucal/labial (frenulectomía) (Clase B)
•D7962 Frenectomía lingual (frenulectomía) (Clase B)
•D9239 Administración de sedación moderada – intravenosa - primer incremento de 15 minutos, o cualquier fracción del mismo (Servicios generales)
•D9243 Administración de sedación moderada – intravenosa - cada incremento posterior de 15 minutos, o cualquier fracción del mismo (Servicios generales)

Acceso:
Como afiliado a nuestro plan, puede visitar a un dentista general o pediátrico en nuestras clínicas SALUS a cero copagos.

Aspectos sobresalientes del Programa FEDVIP

Una selección de planes y opciones	Usted puede seleccionar entre varios planes dentales disponibles en todo el país y en algunas áreas; podrá elegir entre planes regionales de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) o de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), y entre opciones de cubierta ampliada y estándar. También puede seleccionar entre varias opciones de planes de la vista a nivel nacional. Usted puede suscribirse a un plan dental, a un plan de la visión o en ambos planes. Es posible que algunos beneficiarios de TRICARE no sean elegibles para suscribirse en ambos. Visite www.opm.gov/dental o www.opm.gov/vision para más información.
Suscríbase a través de BENEFEDS	Usted se puede suscribir en línea al visitar www.BENEFEDS.gov. Por favor, vea la "Sección 2. Suscripción", para más información.
Suscripción dual	Si usted o uno de sus familiares está suscrito en o está cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar suscrita o cubierta como familiar por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cubierta; es decir, usted (o sus familiares cubiertos) no pueden estar cubiertos por dos planes dentales FEDVIP o dos planes de visión FEDVIP.
Fecha efectiva de la cubierta	Si usted se suscribe a un plan dental y/o de visión durante el periodo de suscripción de 2027, su cubierta comenzará el 1 de enero de 2027. Las deducciones de primas se iniciarán con el primer periodo de pago completo que comienza en o después del 1 de enero de 2027. Usted puede utilizar sus beneficios tan pronto como se confirme su suscripción.
Deducción salarial antes de impuestos para los empleados	Los empleados automáticamente pagan primas a través de retenciones a su nómina usando dólares antes de impuestos. Los pensionados pagan sus primas automáticamente a través de retenciones a su pensión anual usando dólares después de impuestos. Los afiliados de TRICARE pagan sus primas automáticamente mediante retención a su nómina o retiros bancarios automáticos, luego de sus responsabilidades impositivas.
Oportunidad de suscripción anual	Se celebrará un periodo de suscripción anualmente, término durante el cual usted puede suscribirse o cambiar su suscripción al plan dental y/o de visión. Este año, el periodo de suscripción se extiende desde el 9 de noviembre de 2026 hasta la medianoche (hora del este) del 14 de diciembre de 2026. No tiene que volver a suscribirse durante cada periodo de suscripción, a menos que desee cambiar de plan o de opción de plan; su cubierta continuará a partir del año anterior. Además del periodo de suscripción anual, hay ciertos eventos que le permiten hacer cambios específicos a su suscripción a lo largo del año. Por favor, vea la "Sección 2. Suscripción", para más información.
Continuación de la cubierta grupal después del retiro	Su suscripción o su elegibilidad para suscribirse puede continuar luego de su retiro. Usted no necesita estar suscrito a FEDVIP por un periodo de tiempo para continuar la suscripción durante el retiro. Sus familiares elegibles también pueden continuar con la suscripción después de su fallecimiento. Por favor, vea "la Sección 1. Elegibilidad", para más información.
Periodo de espera	El único periodo de espera es para servicios de ortodoncia. Para cumplir con este requisito, la persona que recibirá los servicios debe estar suscrita a este plan durante todo el periodo de espera de doce meses.
Cumplimiento con la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés)	Triple-S Salud, Inc. ha adoptado y cumple con el sistema de codificación y descripción de servicio de acuerdo con la Terminología Dental Actual (CDT, por sus siglas en inglés) de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés). Cada año hacemos los cambios según el Consejo de Programas de Beneficios Dentales de la ADA que son responsables de mantener el código CDT de acuerdo con los estatutos, las políticas y las regulaciones federales de la ADA.

Sección 1. Elegibilidad

Empleados federales

Si usted es un empleado federal o del Servicio Postal de Estados Unidos, usted es elegible para suscribirse a FEDVIP. Si usted es elegible para FEHB/PSHB o para el mercado de seguros médicos (intercambio) y su puesto no está excluido por ley o reglamento, usted es elegible para suscribirse a FEDVIP. No se requiere suscripción al programa FEHB/PSHB o a un plan del mercado de seguros médicos (intercambio).

Pensionados federales

Usted es elegible para suscribirse si usted:

- se retiró con una pensión anual inmediata bajo el Sistema de Retiro del Servicio Civil (CSRS, por sus siglas en inglés), el Sistema de Retiro de Empleados Federales (FERS, por sus siglas en inglés) u otro sistema de retiro para empleados del gobierno federal;
- se retiró por incapacidad bajo CSRS, FERS u otro sistema de retiro para empleados del gobierno federal.

Su suscripción a FEDVIP continuará durante el retiro si usted se jubila con una pensión anual inmediata o por incapacidad bajo CSRS, FERS u otro sistema de retiro para empleados de gobierno, independientemente de la duración de su cubierta FEDVIP como empleado. No es obligatorio tener cubierta por 5 años de servicio antes del retiro con el fin de continuar la cubierta durante el retiro, como es el caso con el programa FEHB/PSHB.

Su cubierta bajo FEDVIP terminará si usted se retira a una Edad Mínima de Retiro (MRA, por sus siglas en inglés) + 10 retiro y pospone recibir su pensión anual. Usted puede suscribirse a FEDVIP de nuevo cuando usted comience a recibir su pensión anual.

Supervivientes de pensionados

Si usted es un superviviente de un empleado federal, empleado del Servicio Postal de Estados Unidos o de un pensionado fallecido, y usted está recibiendo una pensión anual, usted puede suscribirse o continuar con la suscripción vigente.

Las personas que reciben compensación (Compensationers)

Una persona que recibe compensación es alguien que recibe una compensación mensual de la Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores del Departamento del Trabajo (OWCP, por sus siglas en inglés) debido a una lesión/enfermedad en el trabajo, y quien, según establecido por el Departamento del Trabajo, no puede volver al trabajo. Usted es elegible para suscribirse a FEDVIP o continuar su suscripción a FEDVIP durante su estado de compensación.

Individuo elegible para TRICARE

Un individuo que es elegible para la cubierta dental FEDVIP debido a su elegibilidad previa para recibir cobertura bajo el Programa Dental para Retirados de TRICARE, o un individuo elegible para la cubierta de visión de FEDVIP debido a su suscripción a un plan de salud específico de TRICARE. Los miembros retirados de las fuerzas armadas y los componentes de la Reserva/Guardia Nacional, incluidos los retirados en el "área gris" menores de 60 años y sus familias, son elegibles para la cubierta dental de FEDVIP. Estas personas, al estar suscritas a un plan de salud TRICARE, también son elegibles para la cubierta de visión FEDVIP. Además, los familiares de los miembros activos de las fuerzas armadas que están suscritos a un plan de salud TRICARE son elegibles para la cubierta de visión FEDVIP.

Familiares

Excepto en el caso de individuos elegibles a TRICARE, se consideran familiares: su cónyuge y sus hijos solteros y dependientes que son menores de 22 años de edad. Esto incluye hijos legalmente adoptados e hijos naturales reconocidos que cumplan con ciertos requisitos de dependencia. Esto también incluye los hijastros y los hijos adoptivos o de crianza que viven con usted en una relación normal entre padres e hijos. Bajo ciertas circunstancias, usted también puede continuar la cubierta para un(a) hijo(a) con discapacidad de 22 años o más que sea incapaz de proveerse su sustento. Las reglas de FEDVIP y las reglas de FEHB/PSHB para la elegibilidad de familiares **NO** son las mismas. Para obtener más información sobre la elegibilidad de un familiar, visite la página web www.opm.gov/healthcare-insurance/dental-vision/, o comuníquese con su oficina de empleo o sistema de retiro.

En cuanto a los individuos elegibles para TRICARE, sus familiares incluyen a su cónyuge, viuda/o soltero/a, hijo/a soltero/a y ciertas personas solteras bajo custodia legal por orden de un tribunal. Los niños incluyen hijos legalmente adoptados, hijastros e hijos en proceso de adopción. Todo hijo o dependiente soltero debe ser menor de 21 años de edad si no es estudiante, menor de 23 si es estudiante a tiempo completo o incapaz de valerse por su propia cuenta debido a una discapacidad mental o física.

No elegible

Las siguientes personas no son elegibles para suscribirse a FEDVIP, independientemente de su elegibilidad para FEHB/PSHB o el hecho de recibir una pensión anual o la porción de una pensión anual:

- Pensionados diferidos
- Ex-cónyuges de empleados o pensionados. **Nota:** Los ex cónyuges de individuos elegibles a TRICARE pueden suscribirse a un plan de visión FEDVIP.
- Afiliados de Continuación de Cubierta Temporal bajo FEHB/PSHB (TCC, por sus siglas en inglés)
- Cualquier persona que recibe una pensión anual de interés asegurable que no sea también un familiar
- Miembros activos de las fuerzas armadas **Nota:** Si usted es un miembro activo de las fuerzas armadas, su cubierta dental y de visión será proporcionada por TRICARE. Sus familiares continuarán siendo elegibles para suscribirse al Plan Dental de TRICARE (TDP, por sus siglas en inglés).

Sección 2. Suscripción

Suscríbase a través de BENEFEDS

Usted debe usar BENEFEDS para suscribirse o cambiar de suscripción a un plan FEDVIP. BENEFEDS es un portal seguro de suscripción (www.BENEFEDS.gov) auspiciado por la OPM. Si usted no tiene acceso a una computadora, llame al 1-877-888-FEDS (1-877-888-3337), número TTY: 711, International: 1-571-730-5942 para suscribirse o cambiar su suscripción.

Si usted está suscrito actualmente en FEDVIP y no quiere cambiar de plan, **su suscripción continuará automáticamente. Por favor, tenga en cuenta lo siguiente:** las primas de sus planes pueden cambiar para el 2027.

Nota: Usted no se puede suscribir o cambiar de suscripción en un plan FEDVIP usando el Formulario de Selección de Beneficios de Salud (SF 2809) o a través de un sistema de auto-servicio de una agencia, como Employee Express, PostalEase, EBIS, MyPay o Employee Personal Page. Sin embargo, esas páginas web pueden proveer un enlace a BENEFEDS.

Tipos de suscripción

Individual: Una suscripción individual solo lo cubre a usted como el empleado o pensionado suscrito. Usted puede escoger una suscripción individual aun cuando tenga familia. Sin embargo, sus familiares no estarán cubiertos bajo FEDVIP.

Pareja: Una suscripción de pareja lo cubre a usted como el empleado o pensionado suscrito y a un familiar elegible que usted especifique. Puede escoger una suscripción de pareja aun cuando usted tenga familiares elegibles adicionales, pero los familiares adicionales no estarán cubiertos bajo FEDVIP.

Familiar: Una suscripción familiar lo cubre a usted como el empleado o pensionado suscrito y a todos sus familiares elegibles. Usted debe indicar todos sus familiares elegibles al momento de suscribirse.

Suscripción dual

Si usted o uno de sus familiares está suscrito en o está cubierto por un plan FEDVIP, esa persona no puede estar suscrita o cubierta como familiar por otro plan FEDVIP que ofrezca el mismo tipo de cubierta; es decir, usted (o sus familiares cubiertos) no pueden estar cubiertos por dos planes dentales FEDVIP o dos planes de visión FEDVIP.

Oportunidades para suscribirse o cambiar de suscripción

Periodo de suscripción

Si usted es un empleado elegible, pensionado o individuo elegible para TRICARE, usted puede suscribirse en un plan dental y/o de visión durante el periodo de suscripción que se extiende desde el 9 de noviembre hasta la medianoche (hora del este) del 14 de diciembre de 2026. La cubierta comenzará el 1 de enero de 2027.

Durante futuros periodos de suscripción anuales, usted podrá suscribirse en un plan, o podrá cambiar o cancelar su cubierta dental y/o de visión. La OPM establecerá la fecha efectiva de estas suscripciones y cambios del periodo de suscripción. **Si desea continuar su suscripción actual, no tiene que tomar acción alguna. La suscripción se mantiene de año en año, a menos que usted la cambie.**

Nuevo empleado/Nuevo elegible

Usted se puede suscribir dentro de los 60 días después de que se hizo elegible como:

- un nuevo empleado;
- un empleado que previamente no era elegible y que es transferido a u puesto que está cubierto;
- un superviviente de un pensionado si no está ya cubierto bajo FEDVIP;
- un empleado que se reincorpora al trabajo luego de un receso en servicio de al menos 31 días; o
- un individuo elegible para TRICARE.

Su suscripción será efectiva el primer día del periodo de pago siguiente al día en que BENEFEDS recibe y confirma su suscripción.

Evento de vida cualificado

Un evento de vida cualificado (QLE, por sus siglas en inglés) es un evento que le permite a usted suscribirse o, si usted ya está suscrito, le permite hacer un cambio en su suscripción fuera del periodo de suscripción.

La siguiente tabla enumera los QLE y las acciones de suscripción que usted puede tomar:

Evento de vida cualificado: Matrimonio
De no suscrito a suscrito: Sí
Aumentar tipo de suscripción: Sí
Disminuir tipo de suscripción: No
Cancelar: No
Cambiar de un plan a otro: Sí

Evento de vida cualificado: Incluir un familiar elegible (no-cónyuge)
De no suscrito a suscrito: No
Aumentar tipo de suscripción: Sí
Disminuir tipo de suscripción: No
Cancelar: No
Cambiar de un plan a otro: No

Evento de vida cualificado: Perder un familiar cubierto
De no suscrito a suscrito: No
Aumentar tipo de suscripción: No
Disminuir tipo de suscripción: Sí
Cancelar: No
Cambiar de un plan a otro: No

Evento de vida cualificado: Perder otra cubierta dental/de visión (persona elegible o cubierta)
De no suscrito a suscrito: Sí
Aumentar tipo de suscripción: Sí
Disminuir tipo de suscripción: No
Cancelar: No
Cambiar de un plan a otro: No

Evento de vida cualificado: Mudarse fuera del área de servicio del plan regional
De no suscrito a suscrito: No
Aumentar tipo de suscripción: No
Disminuir tipo de suscripción: No
Cancelar: No
Cambiar de un plan a otro: Sí

Evento de vida cualificado: Ir al servicio militar activo, estatus de no-pago (afiliado principal o cónyuge)
De no suscrito a suscrito: No
Aumentar tipo de suscripción: No
Disminuir tipo de suscripción: No
Cancelar: Sí
Cambiar de un plan a otro: No

Evento de vida cualificado: Volver al estatus de pago luego del servicio militar activo (afiliado principal o cónyuge)

De no suscrito a suscrito: Sí

Aumentar tipo de suscripción: No

Disminuir tipo de suscripción: No

Cancelar: No

Cambiar de un plan a otro: No

Evento de vida cualificado: Volver al estatus de pago de licencia sin sueldo (LWOP, por sus siglas en inglés)

De no suscrito a suscrito: **Sí (si la suscripción se cancela durante LWOP)**

Aumentar tipo de suscripción: No

Disminuir tipo de suscripción: No

Cancelar: No

Cambiar de un plan a otro: **Sí (si la suscripción se cancela durante LWOP)**

Evento de vida cualificado: Pensión anual/ compensación restablecida

De no suscrito a suscrito: Sí

Aumentar tipo de suscripción: Sí

Disminuir tipo de suscripción: Sí

Cancelar: No

Cambiar de un plan a otro: No

Evento de vida cualificado: Transferencia a un puesto elegible*

De no suscrito a suscrito: No

Aumentar tipo de suscripción: No

Disminuir tipo de suscripción: No

Cancelar: Sí

Cambiar de un plan a otro: No

*El puesto debe ser en una agencia federal que provea cubierta dental y/o de visión con un 50 por ciento o más de la prima pagada por el patrono y que usted decida suscribirse.

Oportunidades para inscribirse o cambiar la inscripción

El término para solicitar un cambio de QLE se extiende desde 31 días antes del evento hasta 60 días después de ocurrido el evento. Hay dos excepciones:

- No hay tiempo límite para un cambio basado en la mudanza de un área de servicio de un plan regional; y
- Usted no puede solicitar una suscripción nueva basada en un QLE antes de que ocurra el QLE, excepto por la suscripción debido a la pérdida de seguro dental o de visión. Usted debe hacer el cambio no más tarde de 60 días después del evento.

Generalmente, las suscripciones y cambios de suscripción hechos basados en un QLE son efectivos el primer día del periodo de pago del día siguiente en el que BENEFEDS recibe y confirma la suscripción o cambio. BENEFEDS le enviará confirmación de su nueva fecha de vigencia de la cubierta.

Una vez que se suscriba a un plan, su plazo de 60 días para ese tipo de plan termina, incluso si aún no han transcurrido 60 días calendario. Esto significa que una vez que se haya suscrito a cualquier plan, usted no podrá cambiar o cancelar esa suscripción particular hasta el próximo periodo de suscripción, a menos que tenga un QLE que permita dicho cambio o cancelación.

Excepción de VA para la cancelación

Por lo general, solo puede cancelar su inscripción durante el período de inscripción anual. Sin embargo, si usted es un afiliado a FEDVIP que paga primas **después de impuestos** y usted, un miembro de su familia o un miembro de la familia TEI reúne los requisitos para recibir beneficios dentales u oftalmológicos de VA, entonces **puede** cambiar su tipo de inscripción o cancelar su inscripción dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la notificación de elegibilidad para los beneficios dentales u oftalmológicos de VA.

Este período de 60 días puede quedar fuera del período de inscripción abierta. La documentación de elegibilidad dental u oftalmológica de VA debe enviarse a la OPM a través del buzón de correo BENEFEDS (benefedsportal@opm.gov) en un plazo de 60 días a partir de la notificación para respaldar el cambio o la cancelación de la inscripción en FEDVIP.

Su cancelación entrará en vigor al final del día anterior a la fecha que la OPM establezca como fecha de entrada en vigor del período de inscripción abierta. La cobertura de un familiar elegible también finaliza en la fecha de entrada en vigor de la cancelación.

Si usted es un afiliado al FEDVIP que paga las primas **antes de impuestos** y usted, un familiar suyo o un familiar TEI pasa a ser elegible para las prestaciones dentales u oftalmológicas del VA, **no podrá** cambiar ni cancelar su inscripción en el FEDVIP hasta la próxima temporada abierta.

Los afiliados al FEDVIP pueden verificar si están pagando sus primas antes o después de impuestos poniéndose en contacto con BENEFEDS en el 1-877-888-3337, TTY: 711, Internacional: 1-571-730-5942.

Cuando termina la cubierta

La cubierta de empleados federales y del Servicio Postal de Estados Unidos, tanto activos como retirados, y para los individuos elegibles para TRICARE, termina cuando usted:

- ya no cumpla con la definición de un empleado, pensionado o individuo elegible para TRICARE;
- comience a prestar servicio activo como reservista retirado;
- abandone el servicio activo como patrocinador o afiliado principal;
- comience un periodo con estatus sin paga o con paga insuficiente para poder retener sus primas de FEDVIP, y no hace los pagos de su prima directamente a BENEFEDS;
- emite pagos de su prima directamente a BENEFEDS y deja de hacer estos pagos;
- cancele su suscripción durante el periodo de suscripción;
- como reservista retirado comience a prestar servicio activamente; o
- como patrocinador o afiliado principal abandone el servicio activo.

La cubierta para un familiar termina cuando:

- usted, como el afiliado, pierde la cubierta; o
- el familiar ya no cumple con la definición de familiar elegible.

Continuación de cubierta

Bajo FEDVIP, no hay extensión de 31 días de cubierta. Los siguientes TAMPOCO están disponibles bajo los planes FEDVIP:

• Continuación de Cubierta Temporal (TCC);

• cubierta de equidad de cónyuge; o

• derecho a convertir a una póliza individual (política de conversión).

FSAFEDS/Planes de salud con deducibles altos y FEDVIP

Si está planificando suscribirse a una Cuenta Flexible de Gastos de Cuidado de Salud FSAFEDS (HCFSA, por sus siglas en inglés) o Cuenta Flexible de Gastos de Cuidado de Salud de Alcance Limitado (LEX HCFSA, por sus siglas en inglés), o cualquier cuenta de gastos flexibles, usted debe considerar cómo la cubierta bajo un plan FEDVIP afectará sus gastos anuales y, por lo tanto, la cantidad que debe asignar a una cuenta FSAFEDS. Por favor, tenga en cuenta que las primas de seguros no son gastos seleccionables para ninguno de estos tipos de FSA.

Si tiene una cuenta HCFSA o LEX HCFSA FSAFEDS y no ha agotado sus fondos antes del 31 de diciembre del año del plan, FSAFEDS puede transferir automáticamente hasta $500 de fondos no gastados a otra cuenta de cuidado de salud o de alcance limitado para el año siguiente. Para ser elegible para la transferencia, usted debe ser empleado de una agencia que participa en FSAFEDS y hacer aportaciones de su salario activamente hasta el 31 de diciembre. También debe volver a suscribirse activamente a una cuenta de cuidado de salud o de alcance limitado durante el SIGUIENTE periodo de suscripción para ser elegible para dicha transferencia. Su reinscripción debe ser de por lo menos $100. Si no se vuelve a suscribir, o si no es empleado de una agencia que participa en FSAFEDS y realiza asignaciones de su salario de forma activa hasta el 31 de diciembre, sus fondos no se transferirán.

Debido a los beneficios contributivos que provee una FSA, el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) requiere que usted renuncie a cualquier dinero por el cual no incurrió en un gasto elegible y presente una reclamación en el periodo de tiempo permitido. Esto se conoce como la regla de "usar o perder". Considere cuidadosamente la cantidad que va a elegir.

Para una cuenta de cuidado de salud o de alcance limitado, cada asegurado debe contribuir con un mínimo de $100 y hasta un máximo de $2,700.

Los participantes actuales de FSAFEDS se tienen que reinscribir para participar el próximo año. Visite www.fsafeds.gov o llame al 1-877-FSAFEDS (372-3337) o TTY: 1-866-353-8058. **Nota: Nota: FSAFEDS no está disponible para empleados retirados o personas elegibles para TRICARE.**

Si usted se suscribe o está suscrito a un plan de salud con un deducible alto y con una cuenta de ahorros de salud (HSA, por sus siglas en inglés) o arreglo de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés), usted puede utilizar su HSA o HRA para pagar por costos cualificados dentales/de visión no cubiertos por sus planes FEHB/PSHB y FEDVIP.

Se le requerirá presentar sus reclamaciones a nombre del plan dental de Triple-S Salud al FSAFEDS Cuenta Flexible de Gastos de Cuidado de Salud (HCFSA) o la Cuenta Flexible de Gastos de Cuidado de Salud de Alcance Limitado (LEX HCFSA) para reclamar el reembolso.

Sección 3. Cómo obtener cuidado

Tarjetas de identificación / Confirmación de suscripción

Le enviaremos una tarjeta de identificación cuando se suscriba. Usted debe llevar esa tarjeta de identificación con usted todo el tiempo. Debe mostrarla siempre que reciba servicios de un proveedor del plan. Su tarjeta de identificación no tiene fecha de expiración para garantizar la continuidad de los servicios.

Si usted no recibe su tarjeta de identificación dentro de los 30 días después de la fecha de efectividad de su suscripción, o si usted necesita tarjetas de reemplazo, llame al 787-281-2303 o llame gratia al 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370, 1-866-215-1999 o escriba a Triple-S Salud, Inc. (Triple-S Salud) División de Servicio al Cliente, 1441 Avenida F.D. Roosevelt, San Juan, Puerto Rico 00920. También puede solicitar tarjetas de reemplazo a través de nuestra página web www.ssspr.com.

No olvide traer sus tarjetas de identificación de FEDVIP y FEHB/PSHB a cada cita con el dentista porque la mayoría de los planes FEHB/PSHB ofrece cierto nivel de beneficios dentales separados de su cubierta FEDVIP. Presentar ambas tarjetas de identificación puede asegurar que usted reciba el máximo beneficio permitido bajo cada programa.

Dónde obtener cuidado cubierto

Usted obtiene cuidado de los "proveedores del plan". Solo pagará coaseguro, y no tendrá que presentar reclamaciones, excepto cuando reciba servicios de ortodoncistas que no sean "proveedores del plan".

Proveedores del plan

Incluimos a nuestros proveedores en el directorio de proveedores que actualizamos periódicamente. La lista está en nuestra página web en www.ssspr.com, o puede llamarnos al 787-281-2303 o llame gratis al 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999.

Dentro de la red

Los dentistas de cuidado primario son los dentistas del plan debidamente autorizados con licencia regular expedida por la entidad designada del gobierno de Puerto Rico, y que son miembros bona fide del Colegio de Cirujanos Dentistas de Puerto Rico, que han firmado un contrato con Triple-S Salud para prestar servicios dentales.

Fuera de la red

Solo reembolsaremos los servicios fuera de la red cuando estos sean prestados por ortodoncistas. No hay otros servicios provistos por proveedores fuera de la red que estén cubiertos, incluyendo servicios de emergencia realizados por un dentista fuera de la red. Si usted recibe servicios dentales de otros proveedores fuera de la red, los mismos no están cubiertos y usted tendrá que pagar el 100% de los cargos sin derecho a reembolso.

Los servicios de emergencia realizados por un dentista fuera de la red no están cubiertos. Usted tendrá que pagar 100% de los cargos y no se le reembolsará.

Preautorización / Predeterminación de beneficios

La predeterminación de beneficios tiene como objetivo permitir que tanto el participante como el asegurado puedan confirmar con antelación la elegibilidad del servicio para la cubierta dental, el alcance de los servicios cubiertos, límites, exclusiones, necesidad, deducibles y coaseguros aplicables bajo el contrato de los asegurados. Las predeterminaciones se evaluarán según las políticas de predeterminación que Triple-S Salud ha establecido. No seremos responsables por el pago de servicios, si han sido prestados o recibidos sin esta preautorización/predeterminación.

Los siguientes beneficios dentales requerirán una preautorización/predeterminación de los beneficios: todas las coronas, prótesis fijas y desprendibles, procedimientos periodontales y retratamientos de endodoncia.

El dentista es responsable de la predeterminación de beneficios y enumerará todos los servicios del plan de tratamiento en el formulario de reclamación de ADA, e incluirá radiografías y un informe con la evaluación clínica que justifique la necesidad para los servicios. Los dentistas presentarán el formulario en papel o de manera electrónica. Para preguntas con relación a este proceso, llámenos al 787-281-2303 o llame gratis al 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999.

FEHB/PSHB como pagador primario

Cuando usted visita a un proveedor que participa con su plan FEHB/PSHB y con su plan FEDVIP, el plan FEHB/PSHB pagará beneficios primero. La contribución del plan FEDVIP será el cargo que prevalezca en estos casos. Usted es responsable de la diferencia entre los pagos de beneficios de FEHB/PSHB y FEDVIP y la contribución del plan FEDVIP. Somos responsables de facilitar el proceso con el pagador primario FEHB/PSHB.

No olvide traer sus tarjetas de identificación de FEDVIP y FEHB/PSHB a cada cita con el dentista porque la mayoría de los planes FEHB/PSHB ofrece cierto nivel de beneficios dentales separados de su cubierta FEDVIP. Presentar ambas tarjetas de identificación puede asegurar que usted reciba el máximo beneficio permitido bajo cada programa.

Coordinación de beneficios

Coordinaremos el pago de beneficios con el pago de beneficios bajo otra cubierta de beneficios de salud grupal que usted pueda tener y el pago de los gastos dentales bajo un seguro sin culpa que pague beneficios independientemente de culpa.

No olvide traer sus tarjetas de identificación de FEDVIP y FEHB/PSHB a cada cita con el dentista porque la mayoría de los planes FEHB/PSHB ofrece cierto nivel de beneficios dentales separados de su cubierta FEDVIP. Presentar ambas tarjetas de identificación puede asegurar que usted reciba el máximo beneficio permitido bajo cada programa.

Podemos solicitarle que verifique/identifique sus planes de seguro de salud anualmente o al momento de servicio.

Área de servicio

Para suscribirse en este plan, usted debe vivir en nuestra área de servicio. Aquí es donde nuestros proveedores tienen su práctica. Nuestra área de servicio **solo** incluye Puerto Rico.

Usted debe obtener su cuidado de proveedores dentro del área de servicio y que contraten con nosotros. Si recibe cuidado fuera de nuestra área de servicio, usted deberá pagar el 100% de los cargos. No pagaremos por servicios fuera de nuestra área de servicio.

Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, usted puede suscribirse en otro plan en ese momento. No tiene que esperar hasta el periodo de suscripción para cambiar planes. Comuníquese con BENEFEDS en www.BENEFEDS.gov o llame al 1-877-888-FEDS (1-877-888-3337), número TTY: 711, International: 1-571-730-5942 para cambiar de plan.

Revisión dental

Solo las coronas individuales, las prótesis fijas y desprendibles y los retratamientos de endodoncia requieren revisión dental. Las solicitudes se procesarán más rápido si van acompañadas de las radiografías periapicales con valor diagnóstico y breves informes con información clínica adicional que puede no ser evidente en las radiografías.

Sección 4. Su costo para servicios cubiertos

Usted será responsable de pagar lo siguiente por los servicios cubiertos:

Coaseguro	El coaseguro es el porcentaje de nuestra aportación que usted debe pagar por su cuidado. Ejemplo: En nuestro plan, usted paga 15% de nuestra tarifa negociada por cirugía oral.
Beneficio máximo por vida	En nuestro plan, el beneficio máximo de por vida de $2,000 aplica solamente a servicios de ortodoncia.
Servicios dentro de la red	Usted paga el coaseguro establecido para cada servicio. Por favor, vea la "Sección 5. Servicios y suplidos dentales", para más información.
Servicios fuera de la red	No hay ningún beneficio pagadero por servicios fuera de la red con excepción de la ortodoncia. Usted paga el 100% de los cargos facturados. No le reembolsaremos. Los servicios de ortodoncia son reembolsados al 50% hasta un máximo de por vida de $2,000 por asegurado.
Servicios de emergencia	Usted paga el coaseguro establecido para cada servicio dentro de la red. Para servicios de emergencia recibidos por proveedores fuera de la red en o fuera de nuestra área de servicio (Puerto Rico), usted paga el 100% de los costos.
Servicios internacionales	No hay cubierta por servicios provistos en el extranjero. Usted paga el 100% del costo.
Tratamiento en curso	Para el año póliza 2027, se cubrirá el tratamiento en curso de los dependientes de miembros del servicio activo que se retiren y que hubiesen estado registrados en el programa dental TRICARE Dental Program (TDP); independientemente de cualquier exclusión actual del plan por servicios iniciados antes de la fecha de efectividad del afiliado. Este requisito incluye la cobertura de los pagos por servicios de ortodoncia cubiertos, hasta un máximo del límite de la póliza FEDVIP; y pago total en los casos aplicables hasta el máximo establecido en la póliza FEDVIP para servicios cubiertos que se completen (pero no inicien) en el año póliza 2027, tales como coronas o implantes. Los operadores de FEDVIP no cubrirán tratamientos en curso si usted se suscribe a un plan FEDVIP con un plazo de espera o que no cubra el servicio. Existen varios planes dentales FEDVIP con opciones que cubren tratamientos de ortodoncia sin un plazo de espera de 12 meses ni límites de edad. Nota: Ninguno de los beneficios de este plan cuenta con plazos de espera.

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Por favor, recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagaderos únicamente si determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, cuidado o tratamiento de una condición cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- No hay ningún deducible por año calendario.

Usted paga:

Opción Ampliada

- **Dentro de la red:** Nada
- **Fuera de la red:** 100% de los cargos facturados

Servicios de diagnóstico y tratamiento

D0120 Evaluación oral periódica - Límite de dos veces dentro de un periodo de 12 meses, con un intervalo de 6 meses

D0140 Evaluación oral limitada - específica a un problema - Límite de dos veces dentro de un periodo de 12 meses, con un intervalo de 6 meses

D0145 Evaluación oral para un paciente menor de tres años y asesoramiento con el cuidador principal. Limitado a dos veces cada 12 meses, con un intervalo de 6 meses

D0150 Evaluación oral comprensiva: pacientes nuevos o antiguos. - Límite de una evaluación al año.

D0160 Evaluación oral detallada y exhaustiva - específica a un problema, por reporte - Límite de una evaluación cada 3 años

D0180 **(P)** Evaluación periodontal exhaustiva - Límite de dos veces dentro de un periodo de 12 meses, con un intervalo de 6 meses

D0210 Intraoral - serie completa (incluye radiografías de mordida)

D0220 Intraoral - primera imagen radiográfica periapical

D0230 Intraoral - periapical - cada imagen radiográfica adicional

D0240 Intraoral - imagen radiográfica oclusal

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

D0270 Radiografía de mordida - una imagen radiográfica

D0272 Radiografías de mordida - dos imágenes radiográficas

D0273 Radiografías de mordida - tres imágenes radiográficas

D0274 Radiografías de mordida - cuatro imágenes radiográficas

D0277 Radiografías de mordida verticales - 7 a 8 imágenes radiográficas

D0330 Imagen radiográfica panorámica

D0340 Imagen radiográfica cefalométrica

D0460 Prueba de vitalidad pulpar

D0999 Procedimiento diagnóstico sin especificar, por reporte

(P) = Solo se pagarán estos servicios a periodoncistas

Servicios preventivos

D1110 Profilaxis - adulto - Límite de dos veces dentro de un periodo de 12 meses, con un intervalo de 6 meses

D1120 Profilaxis - niño - Límite de dos veces dentro de un periodo de 12 meses, con un intervalo de 6 meses

D1206 Aplicación tópica de barniz de fluor

D1208 Aplicación tópica de flúor - Límite de dos veces dentro de un periodo de 12 meses, con un intervalo de 6 meses

Servicios preventivos - continúa en la próxima página

Servicios preventivos (cont.)
D1351 Sellantes - por diente - Limitado a molares y premolares permanentes hasta los 14 años de edad; un sellante por diente por vida
D1510 Mantenedor de espacio-fijo-unilateral
D1516 Mantenedor de espacio fijo-bilateral- maxilar
D1517 Mantenedor de espacio fijo-bilateral-mandibular
D1520 Mantenedor de espacio removible-unilateral
D1526 Mantenedor de espacio removible-bilateral maxilar
D1527 Mantenedor de espacio removile-unilateral
D1551 Re-cementació o volver a unir mantenedor de espacio bilateral-maxilar
D1552 Re-cementació o volver a unir mantenedor de espacio bilateral-mandibular
D1553 Re-cementació o volver a unir mantenedor de espacio unilateral-por cuadrante
D1556 Mantenedor de espacio fijo-bilateral-mandibular
D1557 Mantenedor de espacio fijo-bilateral-mandibular
D1558 Mantenedor de espacio fijo-bilateral-mandibular
D1575 Mantenedor de espacio calzado distal-fijo-unilateral
Servicios generales auxiliares
D9110 Paliativo (emergencia) tratamiento de dolor dental-procedimiento menor
D9310 Consulta (servicio diagnóstico provisto por dentista u otro médico que no sea el dentista o médico solicitante)
D9430 Visitas en el consultorio durante horas laborales regulares
D9440 Visita en el consultorio fuera de horas laborales regulares

No se cubren:

- Programas de control de placa
- Educación en higiene oral
- Instrucciones dietéticas
- Productos dentales sin receta, como blanqueadores, pasta o hilo dental
- Servicios provistos por proveedores fuera de la red
- Servicios no listados arriba como cubiertos

Clase B: Intermedia

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Por favor, recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagaderos únicamente si determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, cuidado o tratamiento de una condición cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- No hay ningún deducible por año calendario.
- Toda prótesis fija o desprendible, procedimiento periodontal y retratamiento de endodoncia estará sujeto a nuestra predeterminación.

Usted paga:

Opción Ampliada

- **Dentro de la red:** Dentro de la red: 15 % del coaseguro, excepto para servicios de endodoncia y códigos D2950 Refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan, D2980 Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración, D7270 Reimplante dental y/o estabilización de un diente avulsionado o desplazado accidentalmente para el cual pagarás el 30% del coaseguro
- **Fuera de la red:** 100% de los cargos facturados

Servicios menores de restauración

D2140 Amalgama - una superficie, primario o permanente

D2150 Amalgama - dos superficies, primarios o permanentes

D2160 Amalgama - tres superficies, primarios o permanentes

D2161 Amalgama - cuatro o más superficies, primarios o permanentes

D2330 Compuesto a base de resina - una superficie, anterior

D2331 Compuesto a base de resina - dos superficies, anterior

D2332 Compuesto a base de resina - tres superficies, anterior

D2335 Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies o que incluya el ángulo incisal (anterior)

D2391 Compuesto a base de resina - una superficie, posterior

D2392 Compuesto a base de resina - dos superficies, posterior

D2393 Compuesto a base de resina - tres superficies, posterior

D2394 Compuesto a base de resina - cuatro o más superficies, posterior

D2799 Corona provisional

D2910 Recementar empastes, recubrimientos laminados o restauraciones de cubierta parcial. Límite de una por paciente, por diente, por vida

D2915 Recementar poste fundido o prefabricado y muñón - Límite de una por paciente, por diente, por vida

D2920 Recementar corona - Límite de una por paciente, por diente, por vida

D2930 Corona de acero inoxidable prefabricada - diente primario - Límite de una por paciente, por diente, por vida

D2931 Corona de acero inoxidable prefabricada - diente permanente

D2940 Restauración protectora

D2950 Refuerzo del muñón, incluyendo espigas o pernos si se necesitan

D2951 Perno de retención - por diente, además de restauración

D2956 Extracción de una restauración indirecta en un diente natural.

D2976 Estabilización de banda por diente

D2980 Reparación de corona, por reporte

D2999 Procedimiento restaurativo sin especificar, por reporte

No se cubren:

- Restauraciones, incluidas las fundas, que se colocan para propósitos cosméticos solamente
- Restauraciones en lámina de oro
- Servicios provistos por proveedores fuera de la red
- Servicios no listados arriba como cubiertos

Servicios de endodoncia
D3110 Recubrimiento pulpar-directo (excluye restauración final)
D3120 Recubrimiento pulpar- indirecto (excluye restauración final)
D3220 Pulpotomía terapéutica (excluye restauración final)
D3221 Desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes
D3310 Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye la restauración final)
D3320 Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)
D3330 Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye la restauración final)
D3346 Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – diente anterior
D3347 Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – diente premolar
D3348 Retratamiento de terapia previa del conducto radicular – diente molar
D3351 Apexificación/recalcificación-visita inicial
D3352 Apexificación/recalcificación-reemplazo interino de medicamentos
D3353 Apexificación/recalcificación-visita final
D3410 Apicectomía-anterior
D3421 Apicectomía-premolar (primera raíz)
D3425 Apicectomía-molar (primera raíz)
D3426 Apicectomía (cada raíz)
D3430 Retro-obturación – por raíz
D3450 Amputación radicular-por raíz
D3471 Reparación quirúrgica de reabsorción radicular-anterior
D3472 Reparación quirúrgica de reabsorción radicular-premolar
D3473 Reparación quirúrgica de reabsorción radicular-molar
D3501 Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía de la reabsorción radicular-anterior
D3502 Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía de la reabsorción radicular-premolar
D3503 Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía de la reabsorción radicular-molar
D3911 Barrera intraorificio (no debe usarse como restauración final)
D3920 Hemisección (incluyendo cualquier extirpación de raíces), sin incluir la terapia del conducto
D3921 Decoración o inmersión de un diente erupcionado (extracción intencional de la porción coronal del diente con preservación de la raíz)
D3999 Procedimiento endodóntico sin especificar, por reporte
Servicios periodontales
D4277 Procedimiento de injerto de tejido blando libre, primer diente o posición edéntula de diente en un injerto
D4278 Procedimiento de injerto de tejido blando libre, cada diente contiguo adicional o posición edéntula de diente en el lugar de injerto
D4341 Raspado periodontal y alisado radicular – cuatro o más dientes por cuadrante
D4342 Raspado periodontal y alisado radicular – uno a tres dientes por cuadrante
D4910 Mantenimiento periodontal
Servicios de prostodoncia
D5410 Ajustar dentadura completa - maxilar
D5411 Ajustar dentadura completa - mandibular
D5421 Ajustar dentadura parcial - maxilar
D5422 Ajustar dentadura parcial - mandibular
D5511 Reparar base rota de dentadura completa - mandibular

Servicios de prostodoncia - continúa en la próxima página

Servicios de prostodoncia (cont.)
D5512 Reparar base rota de dentadura completa - maxilar
D5520 Reemplazar dientes caídos o rotos - dentadura completa (cada diente)
D5611 Reparar base de dentadura parcial en resina - mandibular
D5612 Reparar base de dentadura parcial en resina-maxilar
D5621 Reparar estructura fundida - mandibular
D5622 Reparar estructura parcial fundida - maxilar
D5630 Reparar o reemplazar gancho roto
D5640 Reemplazar dientes rotos - por diente
D5650 Añadir diente a dentadura parcial existente
D5660 Añadir gancho a dentadura parcial existente
D5710 Reconstruir base de dentadura completa - maxilar
D5711 Reconstruir base de dentadura completa - mandibular
D5720 Reconstruir base de dentadura parcial - maxilar
D5721 Reconstruir base de dentadura parcial - mandibular
D5725 Prótesis híbrida rebase (para reemplazar el material base conectado al marco)
D5730 Revestir dentadura completa maxilar (en consultorio)
D5731 Revestir dentadura completa mandibular (en consultorio)
D5740 Revestir dentadura parcial maxilar (en consultorio)
D5741 Revestir dentadura parcial mandibular (en consultorio)
D5750 Revestir dentadura completa maxilar (en laboratorio)
D5751 Revestir dentadura mandibular completa (en laboratorio)
D5760 Revestir dentadura maxilar parcial (en laboratorio)
D5761 Revestir dentadura mandibular parcial (en laboratorio)
D5765 Forro blando para prótesis removible completa o parcial-indirecta
D5850 Acondicionador de tejido (maxilar)
D5851 Acondicionador de tejido (mandibular)
D5899 Procedimiento de prótesis desprendible sin especificar, por reporte
D6930 Recementar dentadura parcial fija
D6980 Reparación de dentadura fija parcial, por fallo del material de restauración
Cirugía oral
D7111 Extracción, restos de corona-dientes deciduos
D7140 Extracción, diente roto o raíz expuesta (elevación y/o extirpación con fórceps)
D7210 Extracción quirúrgica de diente roto que requiere elevación del colgajo mucoperióstico y extirpación de hueso y/o sección de dientes
D7220 Extracción de diente impactado - tejido blando D7230
Extracción de diente impactado - parcialmente óseo D7240
Extracción de diente impactado - completamente óseo
D7241 Extracción de diente impactado-completamente óseo-con complicaciones quirúrgicas inusuales
D7250 Extracción quirúrgica de restos radiculares (procedimiento de corte)
D7270 Reimplante dental y/o estabilización de un diente avulsionado o desplazado accidentalmente
D7280 Acceso quirúrgico de un diente sin erupcionar
D7283 Posicionamiento de aparato para facilitar la erupción del diente impactado
D7286 Biopsia de tejido oral - suave
D7310 Alveoloplastia en conjunto con extracciones de cuatro o más dientes o espacios interdentales
D7311 Alveoloplastia en conjunto con extracciones de uno a tres dientes o espacios interdentales

Servicios de cirugía oral - continúa en la próxima página

Cirugía Oral (cont.)
D7320 Alveoloplastia no en conjunto con extracciones de cuatro o más dientes o espacios interdentales
D7321 Alveoloplastia no en conjunto con extracciones de uno a tres dientes o espacios interdentales
D7471 Extracción de exostosis lateral
D7472 Extracción de rodete palatino
D7473 Extracción de rodete mandibular
D7953 Injerto óseo de reemplazo para la preservación de la cresta alveolar
D7961 Frenectomía bucal / labial (frenulectomía)
D7962 Frenectomía lingual (frenulectomía)
D7971 Escisión de encía peri coronal
D7999 Procedimiento quirúrgico sin especificar, por reporte

Clase C: Avanzada

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Por favor, recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagaderos únicamente si determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, cuidado o tratamiento de una condición cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- No hay ningún deducible por año calendario.
- Toda corona y retratamiento de endodoncia estará sujeto a nuestra determinación.
- Para el año póliza 2024, se cubrirá el tratamiento en curso de los dependientes de afiliados de TDP que se retiren. Esto es independientemente de cualquier exclusión actual del plan para cuidados iniciados antes de la fecha de efectividad del afiliado.

Usted paga:

Opción Ampliada

- **Dentro de la red**: 50% de coaseguro, excepto para los códigos D2952- Poste y muñón fundidos, además de la corona y, D2954- Poste y muñón prefabricado además de la corona por los cuales pagará 30% de coaseguro.
- **Fuera de la red:** 100% de los cargos facturados

Servicios mayores de restauración

D2510 Empaste-metálico-una superficie, requiere preautorización
D2520 Empaste-metálico-dos superficies, requiere preautorización
D2530 Empaste-metálico-tres superficies, requiere preautorización
D2542 Recubrimiento-metálico-dos superficies, requiere preautorización
D2543 Recubrimiento-metálico-tres superficies, requiere preautorización
D2544 Recubrimiento-metálico-cuatro o más superficies, requiere preautorización
D2720 Corona - resina con metal altamente noble
D2722 Corona - resina con metal noble
D2740 Corona – porcelana/cerámica
D2750 Corona - porcelana fusionada con metal altamente noble
D2751 Corona - porcelana fundida en metal predominantemente
D2752 Corona - porcelana fusionada con metal noble
D2753 Corona -porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio
D2780 Corona - 3/4 fundida en metal altamente noble
D2781 Corona - 3/4 fundida predominantemente en metal base
D2782 Corona - 3/4 fundida en metal noble
D2783 Corona - 3/4 porcelana/cerámica
D2790 Corona – fundida completamente en metal altamente noble
D2791 Corona – fundida completamente en metal predominantemente base
D2792 Corona – fundida completamente en metal noble
D2794 Corona - titanio
D2952 Poste y muñón fundidos, además de la corona
D2954 Poste y muñón prefabricado además de la corona

Servicios mayores de restauración - continúa en la próxima página

Servicios mayores de restauración (cont.)
D2981 Reparación de empaste
D2982 Reparación de recubrimiento
D2983 Reparación de funda

No se cubren:
- Restauraciones en lámina de oro
- Restauraciones para propósitos únicamente cosméticos
- Empastes de resina compuesta
- Servicios provistos por proveedores fuera de la red
- Los implantes no estarán cubiertos cuando no haya dientes en ninguna de las extremidades.
- Servicios no listados arriba como cubiertos

Servicios periodontales
D4210 Gingivectomía o gingivoplastia – cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos, por cuadrante
D4211 Gingivectomía o gingivoplastia – uno a tres dientes, por cuadrante
D4240 Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante
D4241 Procedimiento de colgajo gingival, incluido alisado radicular, uno a tres dientes, por cuadrante
D4245 Colgajo en posición apical
D4249 Alargamiento clínico de corona-tejido duro
D4260 Cirugía ósea (incluye entrada de colgajo y cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales vecinos, por cuadrante
D4261 Cirugía ósea (incluye entrada de colgajo y cierre), uno a tres dientes contiguos o espacios dentales vecinos, por cuadrante
D4263 Injerto de reemplazo óseo - Primer lugar en cuadrante
D4264 Injerto de reemplazo óseo - Cada lugar adicional en cuadrante
D4266 Regeneración tisular dirigida- barrera reabsorbible, por lugar
D4267 Regeneración de tejido guiado- barrera no reabsorbible, por lugar (incluye remoción de membrana)
D4270 Injerto pediculado de tejido blando
D4273 Procedimiento de injerto subepitelial de tejido conectivo por diente
D4276 Injerto pediculado doble de tejido conjuntivo combinado, por diente
D4283 Procedimiento de injerto conectivo autógeno (incluidos los sitios quirúrgicos del donante y del receptor) cada uno posición adicional del diente contiguo, implante o diente edéntulo en el mismo lugar de injerto
D4321 Entablillado provisional, extra coronal
D4346 Raspado en presencia de gingivitis generalizada moderada o severa–boca completa, luego de evaluación oral
D4355 Desbridamiento de boca completa para permitir evaluación exhaustiva y diagnóstico

Servicios mayores de prostodoncia
D5110 Dentadura completa- maxilar
D5120 Dentadura completa- mandibular
D5130 Dentadura inmediata-maxilar
D5140 Dentadura inmediata-mandibular
D5211 Dentadura parcial maxilar-base en resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales)
D5212 Dentadura parcial mandibular-base en resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales)
D5213 Dentadura parcial maxilar - estructura metálica con base en resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales)
D5214 Dentadura parcial mandibular - estructura metálica con base de dentadura en resina (incluye ganchos, apoyos y dientes convencionales

Servicios mayores de prostodoncia - continúa en la próxima página

Servicios mayores de prostodoncia (cont.)
D5221 Base de resina de prótesis parcial inmediata-maxilar
D5222 Base de resina de prótesis parcial inmediata-mandibular
D5225 Prótesis parcial superior – base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes)
D5226 Prótesis parcial inferior - base flexible (incluyendo retenedores, descansos y dientes)
D5227 Prótesis parcial maxilar inmediata-base flexible (incluye ganchos, apoyo y dientes)
D5228 Prótesis parcial mandibular inmediata-base flexible (incluye ganchos, apoyo y dientes)
D5282 Dentadura parcial unilateral desprendible-una pieza de metal fundido-maxilar
D5283 Dentadura parcial unilateral desprendible - una pieza de metal fundido - mandibular
D5284 Dentadura postiza parcial unilateral removible- base flexible de una pieza (incluyendo retenedores, descansos y dientes)
D5286 Prótesis parcial removible unilateral-resina de una pieza (incluye ganchos y dientes)-por cuadrante
D5899 Procedimiento prostético de extracción sin especificar, por reporte
D6010 Posicionamiento quirúrgico de implante; implantes endoóseos
D6011 Cirugía - Segunda etapa de implante
D6058 Corona de porcelana/cerámica sobre pilar
D6059 Porcelana sobre pilar fusionada con corona de metal (metal altamente noble)
D6060 Porcelana sobre pilar fusionada con corona de metal (metal predominantemente base)
D6061 Porcelana sobre pilar fusionada con corona de metal (metal noble)
D6062 Corona de metal fundido sobre pilar (metal altamente noble)
D6063 Corona de metal fundido sobre pilar (metal predominantemente base)
D6064 Corona de metal fundido sobre pilar (metal noble)
D6065 Corona de porcelana/cerámica sobre implante
D6066 Porcelana sobre implante fusionada con corona de metal-titanio (aleación de titanio, metal altamente noble)
D6067 Corona de meta -titanio sobre apoyo (aleación de titanio, metal altamente noble)
D6068 Retenedor sobre pilar para dentadura parcial fija de porcelana/cerámica
D6069 Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (altamente noble) apoyado por un pilar
D6070 Retenedor sobre pilar para dentadura parcial fija de porcelana fusionada con metal (metal predominantemente base
D6071 Retenedor para PPF de porcelana fundida en metal (noble) apoyado por un pilar
D6072 Retenedor para PPF de metal colado (metal altamente noble) apoyado por un pilar
D6073 Retenedor para PPF de metal colado (predominantemente de metal de baja ley) apoyado por un pilar
D6074 Retenedor sobre pilar para dentadura parcial fija de metal fundido (metal noble)
D6075 Retenedor implante soportado para PPF de cerámica
D6076 Retenedor implanto soportado para PPF de porcelana fundida en metal (titanio, aleación de titanio, o metal altamente noble)
D6077 Retenedor implante soportado para PPF de metal colado (titanio, aleación de titanio, o metal altamente noble)
D6081 Escalado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluyendo la limpieza del implante, sin entrada y cierre del colgajo
D6082 Corona soportada por implantes-porcelana fundida predominante con aleaciones base
D6083 Corona soportada por implantes-porcelana fundida con aleaciones nobles
D6084 Corona soportada por implantes-porcelana fusionada con titanio o aleaciones de titanio
D6085 Corona de implante provisional
D6086 Corona soportada por implantes-predominantemente aleaciones de base
D6087 Corona soportada por implantes-aleaciones nobles
D6088 Corona soportada por implantes-titanio y aleaciones de titanio
D6089 -Acceso y ajuste de tornillos de implante sueltos (por tornillo)
D6090 Reparación de prótesis de implante, por reporte
D6092 Recementación o volver a unir una corona sobre pilar de implante

Servicios mayores de prostodoncia – continua en la próxima página

Servicios mayores de prostodoncia (cont.)
D6093 Recementación o volver a unir una dentadura parcial fija sobre pilar de implantes
D6094 Corona soportada por pilar de titanio o aleaciones de titanio
D6097 Corona sobre pilar de porcelana fusionada con titanio o aleaciones de titanio
D6100 Extracción de implante, por reporte
D6191 Pilar de semi precisión-colocación
D6192 Extracción de implante, por reporte
D6193 Reemplazo de un tornillo de implante
D6195 Extracción de implante, por reporte
D6210 Póntico – fundido en metal altamente noble
D6211 Póntico – de metal colado predominantemente de baja ley
D6212 Póntico – fundido en metal noble
D6214 Diente artificial- titanio
D6240 Póntico – porcelana fusionada con metal altamente noble
D6241 Póntico – porcelana fusionada con metal predominantemente base
D6242 Póntico – porcelana fusionada con metal noble
D6243 Póntico – porcelana fusionada con titanio y aleaciones de titanio
D6245 Póntico – porcelana/cerámica
D6250 Póntico – resina con metal altamente noble
D6251 Póntico – resina con metal predominantemente base
D6252 Póntico – resina con metal noble
D6253 Póntico provisional
D6545 Retenedor – metal fundido para prótesis fija adherida con resina
D6548 Retenedor – porcelana/cerámica para prótesis fija adherida con resina
D6600 Empaste – porcelana/cerámica, dos superficies
D6601 Empaste – porcelana/cerámica, tres o más superficies
D6602 Empaste – fundido en metal altamente noble, dos superficies
D6603 Empaste – fundido en metal altamente noble, tres o más superficies
D6604 Empaste – fundido en metal predominantemente base, dos superficies
D6605 Empaste – fundido en metal predominantemente base, tres o más superficies
D6606 Empaste – fundido en metal noble, dos superficies
D6607 Empaste – fundido en metal noble, tres o más superficies
D6608 Recubrimiento – porcelana/cerámica, dos superficies
D6609 Recubrimiento – porcelana/cerámica, tres o más superficies
D6610 Recubrimiento – fundido en metal altamente noble, dos superficies
D6611 Recubrimiento – fundido en metal altamente noble, tres o más superficies
D6612 Recubrimiento – fundido en metal predominantemente base, dos superficies
D6613 Recubrimiento – fundido en metal predominantemente base, tres o más superficies
D6614 Recubrimiento- fundido en metal noble, dos superficies
D6615 Recubrimiento - fundido en metal noble, tres o más superficies
D6624 Empaste – titanio
D6634 Recubrimiento – titanio
D6710 Corona - compuesto indirecto a base de resina
D6720 Corona - resina con metal altamente noble
D6721 Corona - resina con metal predominantemente base

Servicios mayores de prostodoncia – continua en la próxima página

Servicios mayores de prostodoncia (cont.)

D6722 Corona - resina con metal noble
D6740 Corona - porcelana/cerámica
D6750 Corona - porcelana fusionada con metal altamente noble
D6751 Corona- porcelana fusionada con metal predominantemente base
D6752 Corona - porcelana fusionada con metal noble
D6753 Corona retenedora-porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio
D6780 Corona- 3/4 fundida en metal altamente noble
D6781 Corona - 3/4 fundida en metal predominantemente base
D6782 Corona - 3/4 fundida en metal noble
D6783 Corona - 3/4 porcelana/cerámica
D6784 Corona retenedora 3/4-con titanio y aleaciones de titanio
D6790 Corona - fundida completamente en metal altamente noble
D6791 Corona - fundida completamente en metal predominantemente base
D6792 Corona - fundida completamente en metal noble
D6794 Corona – titanio
D6920 Barra conectora
D6940 Placa de descanso
D6950 Conexiones de precisión

Servicios generales auxiliares

D9944 protector oclusal
D9945 protector oclusal - aparato blando, arco completo
D9946 protector oclusal - aparato duro, arco parcial
D9950 Análisis de oclusión - caso con montaje

No se cubren:

- Dentaduras fundidas parciales desprendibles unilaterales
- Conexiones de precisión, personalización, bases en metales preciosos y otras técnicas especializadas
- Reemplazo de dentaduras perdidas, robadas o extraviadas
- Prótesis desprendibles o fijas iniciadas antes de la fecha de efectividad de la cubierta o insertadas/cementadas después la fecha que termina la cubierta
- Servicios provistos por proveedores fuera de la red
- Servicios no listados arriba como cubiertos

Clase D: Ortodoncia

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Por favor, recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagaderos únicamente si determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, cuidado o tratamiento de una condición cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- No hay ningún deducible por año calendario.
- No se requiere periodo de espera para los servicios de ortodoncia.
- Los ortodoncistas no son proveedores del plan**; los servicios se cubrirán por reembolso al 50%, hasta un máximo de $2,000 por asegurado, por vida.**
- Para el año póliza 2024, se cubrirá el tratamiento en curso de los dependientes de afiliados de TDB que se retiren. Esto es independientemente de cualquier exclusión actual del plan para cuidados iniciados antes de la fecha de efectividad del afiliado.
- Este requisito incluye la cobertura de los pagos por servicios de ortodoncia cubiertos, hasta un máximo del límite de la póliza FEDVIP; y pago total en los casos aplicables hasta el máximo establecido en la póliza FEDVIP para servicios cubiertos que se completen (pero no inicien) en el año póliza 2024, tales como coronas o implantes.

Servicios de ortodoncia

D8210 Terapia con aparatos desprendibles, límite de uno por vida

D8220 Terapia con aparato fijo, límite de uno por vida

D8660 Visita de tratamiento preortodóntico; examen inicial y plan de tratamiento (incluye rayos X y modelos de estudio), límite de uno por vida

D8670 Visita periódica de tratamiento ortodóntico (como parte de contrato); pago mensual - estabilización post tratamiento

D8680 Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y posicionamiento de retenedor(es)), límite de uno de cada uno de por vida

D8690 Tratamiento de ortodoncia (facturación alterna a cargo por contrato); pago inicial por inserción de aparato, límite de uno por vida

D8695 Extracción de aparatos fijos de ortodoncia por razones distintas a la conclusión de un tratamiento, cubierto bajo el Beneficio máximo

No se cubren:

- Reparación de aparatos de ortodoncia dañados
- Reemplazo de aparatos perdidos o extraviados
- Servicios para alterar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión. Estos procedimientos incluyen, sin limitarse a, equilibrio, entablillado periodontal, rehabilitación de boca completa y restauración para dientes mal alineados
- Servicios no listados arriba como cubiertos

Factores importantes a considerar sobre estos beneficios:

- Por favor, recuerde que todos los beneficios están sujetos a las definiciones, limitaciones y exclusiones en este folleto y son pagaderos únicamente si determinamos que son necesarios para la prevención, diagnóstico, cuidado o tratamiento de una condición cubierta y cumplen con los protocolos dentales generalmente aceptados.
- No hay ningún deducible por año calendario.

Usted paga:

Opción Ampliada

- **Dentro de la red:** 15% de coaseguro
- **Fuera de la red:** 100% de los cargos facturados

Servicios generales
D9223 Administración sedación profunda/anestesia general – cada incremento subsiguiente de 15 minutos o cualquier fracción
D9420 Llamada a hospital o centro de cirugía ambulatoria
D9230 Administración de oxido de nitrógeno
D9239 Administración de sedación moderada – intravenosa – los primeros 15 minutos, o cualquier parte de la misma
D9243 Administración de sedación moderada – intravenosa – cada incremento subsiguiente de 15 minutos, o cualquier parte de la misma
D9630 Otros medicamentos dispensados en la oficina para uso doméstico
D9910 Aplicación de medicamento desensibilizante
D9930 Tratamiento por complicaciones (post cirugía) - circunstancias inusuales, por reporte
D9951 Ajuste oclusal – limitado
D9952 Ajuste oclusal – completo
D9999 Procedimiento auxiliar sin especificar, por reporte

No se cubren:

- Óxido nitroso
- Sedación oral
- Servicios provistos por proveedores fuera de la red
- Servicios no listados arriba como cubiertos

Sección 6. Exclusiones generales – Qué no cubrimos

Las exclusiones que aparecen en esta sección aplican a todos los beneficios. **Aunque podríamos enumerar un servicio específico como un beneficio, no lo cubriremos a menos que determinemos que es necesario para la prevención, diagnóstico, cuidado o tratamiento de una condición cubierta.**

Nosotros no cubrimos lo siguiente:

- Cualquier servicio dental o tratamiento que no aparece como un servicio cubierto;
- Servicios y tratamientos no prescritos por o bajo la supervisión directa de un dentista;
- Servicios y tratamientos experimentales o de investigación;
- Servicios y tratamientos por cualquier enfermedad o lesión corporal que ocurra en el transcurso del empleo si existe beneficio o compensación disponible, ya sea total o parcial, bajo las leyes o reglamentos de cualquier agencia gubernamental. Esta exclusión aplica independientemente de si usted reclama o no dichos beneficios o compensación;
- Servicios y tratamientos recibidos de un departamento dental mantenido por o en nombre de un empleador, asociación de beneficio mutuo, unión laboral, fideicomiso o persona o grupo similar;
- Servicios y tratamientos realizados antes de la fecha de efectividad de su cubierta, lo cual incluye tratamiento de ortodoncia;
- Servicios y tratamientos incurridos después de la fecha de terminación de su cubierta, a menos que se indique lo contrario;
- Servicios y tratamientos que no sean necesarios para su salud dental o que no están recomendados o aprobados por el dentista tratante. (Los servicios determinados como innecesarios o que no cumplan con normas aceptadas de la práctica dental no se le facturarán a usted por dentistas participantes, a menos que el dentista le notifique de su responsabilidad antes del tratamiento y usted opte por recibir el tratamiento. Los dentistas participantes deben documentar dicha notificación en sus expedientes.);
- Servicios y tratamientos que no cumplen con los estándares aceptados de la práctica dental;
- Servicios y el tratamiento resultante de su falta de cumplimiento con el tratamiento prescrito por un profesional;
- Consultas telefónicas;
- Cualquier cargo por ausentarse a una cita programada;
- Servicios que son estrictamente cosméticos, lo cual incluye, sin limitarse a, los cargos por la personalización o caracterización de los aparatos prostéticos;
- Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la disfunción de articulación temporomandibular (TMJD);
- Servicios o tratamiento provistos como resultado de una lesión o enfermedad auto-infligida intencionalmente;
- Servicios o tratamiento provistos como resultado de lesiones sufridas mientras cometía o intentaba cometer un delito grave, participaba en una ocupación ilegal o en un motín, rebelión o insurrección;
- Cargos por control de infecciones en la oficina;
- Cargos por copias de sus expedientes, historiales, rayos X o cualquier costo asociado con el envío/reenvío por correo de las copias de sus expedientes, historiales o rayos X;
- Impuesto estatal o regional sobre los servicios dentales realizados;
- Servicios dentales auxiliares cubiertos por FEHB/PSHB u otro seguro médico, aunque los proporcione un dentista general o cirujano oral;
- Servicios provistos por proveedores fuera de la red, dentro o fuera de Puerto Rico, excepto ortodoncistas en Puerto Rico.
- Servicios necesarios como resultado de un accidente de tráfico;
- Tratamiento de flúor para adultos, excepto para pacientes que han perdido su función salivar, debido a radiación o medicamentos, para evitar y controlar las caries.
- Retratamiento endodóntico del conducto radicular en casos de que estos estén contaminados como consecuencia de no haberse tratado adecuadamente la restauración del diente.

Sección 7. Cómo presentar reclamaciones y los procesos de reclamaciones en disputa

Cómo presentar reclamaciones por servicios cubiertos

Cuando usted visite a los proveedores del plan, no tendrá que presentar reclamaciones. Solo presente su tarjeta de identificación y pague su coaseguro.

Usted solo necesitará presentar una reclamación cuando recibe servicios de ortodoncia. Tendrá que presentar la reclamación dentro de un (1) año desde la fecha de servicio. En ocasiones, estos proveedores nos facturan directamente. Corrobore con su proveedor. Si usted tiene que presentar la reclamación, este es el proceso a seguir:

1. **Reclamaciones para reembolso de ortodoncia:** En la mayoría de los casos, los proveedores presentan la reclamación por usted. Los dentistas deben presentar un formulario de reclamación de ADA. Para ayuda o preguntas sobre reclamaciones, llámenos al 787-281-2303 o llame gratis al 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999. Cuando usted recibe servicios de ortodoncia, debe presentar un formulario de reclamación de ADA o una reclamación que incluya la información que se muestra a continuación. Las facturas y recibos deben ser detallados y:

   - Se deben enviar a: Triple-S Salud, Inc. PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628; y
   - Verifique que los recibos incluyan la información impresa del dentista y que el nombre del asegurado concuerde con el número de contrato. El Formulario de Solicitud de Reembolso se aceptará como un recibo siempre y cuando tenga la información del dentista impresa y la firma y número de licencia del dentista.
   - Al solicitar reembolso por primera vez, el asegurado debe incluir:
     - plan de tratamiento con detalle sobre la primera visita
     - pago inicial
     - pagos mensuales
     - costo total
     - duración del tratamiento
   - Los recibos deben concordar con lo establecido en su plan de tratamiento.
   - Si el asegurado paga más de una visita en el mismo recibo, deberá enviar las fechas exactas (mes, día y año) de los servicios por los cuales pagó.
   - No se considerarán los pagos por adelantado ni el pago total del tratamiento para el reembolso.
   - Si paga por retenedores, se debe indicar si son mandibulares o maxilares.
   - Si usted solicita reembolso por artefactos de ortodoncia, se debe indicar si son fijos (D8220) o desprendibles (D8210).

   Para solicitar reembolso a través de Coordinación de Beneficios, añada:

   - Número de contrato del otro plan
   - Si el reembolso es por cantidades que han quedado sin pagar por su otro plan, debe incluir la Explicación de Beneficios del otro plan.

2. Tenemos un período de 30 días después de que recibamos la reclamación para:

- Notificarle nuestra determinación.
- Solicitar información adicional. Usted tendrá hasta 60 días para proveer la información solicitada.
- Informarle que más tiempo es necesario para tomar una decisión. Esta extensión puede consistir de un máximo de 15 días adicionales.

Fecha límite para enviar su reclamación

Envíe todos los documentos para su reclamación lo antes posible. Usted debe presentar la reclamación no más tarde del 31 de diciembre del año después del año en que recibió el servicio, a menos que se le haya impedido presentar la reclamación a tiempo por operaciones administrativas del gobierno o incapacidad legal, siempre y cuando la reclamación se haya presentado tan pronto fuera razonablemente posible.

Proceso de reclamaciones en disputa

Siga este proceso de reclamación en disputa si no está de acuerdo con nuestra decisión sobre su reclamación o solicitud de servicios. **La ley FEDVIP no le otorga injerencia a la OPM para evaluar las reclamaciones en disputa.**

Pasos para reclamaciones en disputa

1. Solicite por escrito que reconsideremos la decisión inicial. Usted debe:

- Escribirnos dentro de 180 días a partir de la fecha de nuestra decisión.
- Incluir en su carta la razón por la cual cree que la determinación inicial es incorrecta.
- Incluir copias de los documentos que apoyan su reclamación, tales como cartas de los dentistas, y la Explicación de Beneficios.
- Presentar su queja por escrito a la siguiente dirección: Triple-S Salud, Inc., División de Servicio al Cliente, Unidad de Quejas y Querellas, PO Box 363628, San Juan, PR 00936-3628.

2. Nosotros le notificaremos nuestra decisión sobre su queja no más tarde de 30 días a partir de la fecha en que fue recibida. Si necesitamos más tiempo para tomar nuestra decisión, le notificaremos por escrito. En tales casos, el término para responder a su queja no excederá los 15 días.

3. Si la disputa no se resuelve a través del proceso de reconsideración, puede solicitar una revisión de la denegación. Usted puede solicitar una reconsideración dentro de 60 días desde la fecha en que recibió la notificación de nuestra determinación. Puede enviar su solicitud de reconsideración a la misma dirección a la que envió su queja. Su solicitud de reconsideración debe incluir el/los motivo/s porque entiende que Triple-S Salud estaba equivocado en su determinación inicial. Debemos responder a su solicitud de reconsideración dentro de un término de 30 días.

4. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión final, puede solicitar que un tercero independiente, determinado por acuerdo mutuo entre nosotros y la OPM, revalúe la decisión. La decisión del tercero independiente es vinculante y será la evaluación final de su reclamación. Esta decisión no está sujeta a revisión judicial.

Sección 8. Definición de términos utilizados en este folleto

Afiliado	El empleado o pensionado federal o individuo elegible a TRICARE suscrito en este plan.
Aportación del plan	La cantidad que aportamos para procedimientos específicos.
BENEFEDS	El sistema de administración de suscripciones y primas del FEDVIP.
Beneficio anual máximo	El beneficio máximo anual que usted puede recibir por persona.
Beneficios	Servicios cubiertos o el pago de los servicios cubiertos al que tienen derecho los empleados afiliados y familiares cubiertos, en la medida en que se dispone en este folleto.
Familiar certificante elegible TEI	En los casos en que el patrocinador no esté afiliado, un familiar TEI puede aceptar la responsabilidad de auto certificarse como afiliado y suscribir a sus familiares TEI.
Familiar elegible a TRICARE (TEI, por sus siglas en inglés)	Los familiares TEI incluyen cónyuge, viuda/o e hijos solteros del patrocinador, al igual que otros individuos solteros que hayan estado bajo la custodia legal del patrocinador por orden judicial. Por hijos se entiende hijos adoptados legalmente, hijastros y niños en proceso pre-adopción. Todo hijo o dependiente soltero debe ser menor de 21 años si no es estudiante, menor de 23 si es estudiante a tiempo completo o incapaz de valerse por su propia cuenta debido a una discapacidad mental o física.
FEDVIP	Federal Employees Dental and Vision Insurance Program ("Programa de Seguro de Visión y Cuidado Dental para Empleados Federales")
Nuestro/Nosotros	Triple-S Salud
Patrocinador	Por lo general, un patrocinador es un individuo elegible para beneficios médicos o dentales bajo 10 U.S.C. capítulo 55, debido a su afiliación directa con las fuerzas armadas (lo cual incluye miembros militares de las Reservas y la Guardia Nacional).
Pensionados	Retirados federales (jubilados con una pensión vitalicia inmediata) y sobrevivientes (de quienes que se jubilaron con una pensión vitalicia inmediata o fallecieron en el servicio) que reciben una pensión vitalicia. Esto también incluye a quienes reciben compensación de la Oficina de Programas de Compensación a Trabajadores del Departamento del Trabajo, conocidos como "compensionados" (“compensationers”). A los pensionados también se les llama retirados.
Período de espera	La cantidad de tiempo que debes estar inscrito en este plan antes de poder recibir servicios de ortodoncia.
Protocolos dentales generalmente aceptados	Procedimientos clínicamente adecuados aceptados por las diferentes academias de la profesión dental.
Servicios Clase A	Servicios básicos, que incluyen examinaciones orales, profilaxis, evaluaciones diagnósticas, selladores y rayos X.
Servicios Clase B	Servicios intermedios, que incluyen procedimientos restaurativos como rellenos, coronas de acero inoxidable prefabricadas, raspado periodontal, extracciones de dientes, cirugía oral y ajustes de dentadura.
Servicios Clase C	Servicios principales, que incluyen servicios de endodoncia como tratamientos del nervio radicular, servicios periodontales como raspado y alisado radicular, servicios restaurativos mayores como coronas, puentes y servicios de prostodoncia, tales como dentaduras completas.
Servicios Clase D	Servicios de ortodoncia.
Tratamiento en curso	Servicios dentales que iniciaron en 2026 que serán completados en 2027.
Usted	Afiliado o familiar elegible.

¡Alto al fraude en el cuidado de la salud!

El fraude encarece el costo de los cuidados de salud para todos y aumenta las primas que usted paga para el Programa de Seguro de Visión y Cuidado Dental para Empleados Federales.

Protéjase del fraude – A continuación, le mostramos lo que puede hacer para evitar el fraude:

- No ofrezca su número de identificación del plan por teléfono o a personas que usted no conozca. Solo proporcione este número a sus proveedores, al plan, a BENEFEDS o a la OPM.
- Solo permita que los proveedores adecuados revisen su expediente clínico o le recomienden servicios.
- Evite ir a proveedores que le digan que un artículo o servicio usualmente no se cubre, pero que ellos saben cómo facturarlos para que el plan los pague.
- Revise cuidadosamente su Explicación de Beneficios (EOB).
- No le pida a su proveedor que escriba diagnósticos falsos en certificados, facturas o expedientes para lograr que paguemos por un artículo o servicio.
- Si sospecha que un proveedor le ha hecho un cargo por servicios no recibidos, le facturó dos veces por un mismo servicio o tergiversó información, usted puede hacer lo siguiente:
  - Llame al proveedor y pídale una explicación. Puede que haya un error.
  - Si el proveedor no resuelve la situación, llámenos al 787-281-2303 o llame gratis al 1-800-716-6081, TTY 787-792-1370 o 1-866-215-1999 y explique la situación.
- No debe incluir como familiar en su póliza a:
  - Su cónyuge, luego de que un decreto de divorcio o anulación sea final (aun si la corte estipula lo contrario), o
  - Su hijo mayor de 22 años de edad (a menos que sea discapacitado e incapaz de mantenerse a sí mismo).

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad de un dependiente, por favor, contacte a BENEFEDS.

Asegúrese de revisar la Sección 1. Elegibilidad, en este folleto antes de presentar su suscripción u obtener beneficios.

El plan prohíbe el fraude y las declaraciones falsas o intencionales de información importante. Usted puede ser procesado por fraude y su agencia puede tomar medidas contra usted si falsifica una reclamación para obtener beneficios FEDVIP o trata de obtener servicios para alguien que no sea un familiar elegible o que ya no está suscrito en el plan, o se suscribe en el plan cuando usted ya no es elegible.

Resumen de beneficios

- **No dependa de esta tabla únicamente.** Esta página resume los gastos específicos que cubrimos; para más detalles, por favor, revise las secciones individuales de este folleto.
- Si desea suscribirse o cambiar su suscripción a este plan, por favor, visite www.BENEFEDS.gov o llame al 1-877- 888-FEDS (1-877-888-3337), número TTY: 711, International: 1-571-730-5942.

Beneficios de Opción Ampliada: Servicios Clase A (Básica) - preventivos y diagnósticos
Usted paga Dentro de la red: Nada
Usted paga Fuera de la red: 100%
Página: 15

Beneficios de Opción Ampliada: Servicios Clase B (Intermedia) – incluye servicios menores de restauración, endodoncia, periodoncia, prostodoncia y cirugía oral
Usted paga Dentro de la red: 15%, excepto los servicios de endodoncia y los códigos D2950 Construcción del núcleo, incluyendo cualquier pin cuando sea necesario, D2980 Reparación de la corona necesaria por fallo del material de restauración, D7270 Reimplantación y/o estabilización del diente accidentalmente evulsionado o desplazado, por lo que usted pagará el 30 % del coaseguro.
Usted paga Fuera de la red: 100%
Página: 17

Beneficios de Opción Ampliada: Servicios Clase C (Mayor) – incluye servicios mayores de restauración, endodoncia y prostodoncia
Usted paga Dentro de la red: 50%, excepto los códigos D2952 Poste y muñón además de corona, fabricados indirectamente y D2954 Poste y muñón prefabricados además de corona, por los que pagará el 30 % del coaseguro.
Usted paga Fuera de la red: 100%
Página: 21

Beneficios de Opción Ampliada: Servicios Clase D Servicios de ortodoncia
Usted paga Dentro de la red: Cubiertos por reembolso al 50% hasta un máximo de $2,000 por vida por afiliado.
Usted paga Fuera de la red: Cubiertos por reembolso al 50% hasta un máximo de $2,000 por vida por afiliado.
Página: 26

Servicios Generales
Usted paga Dentro de la red: 15%
Usted paga Fuera de la red: 100%
Página: 27

Información de tarifas

Tarifas mensuales y bisemanales

Básico – Bisemanal			Básico – Mensual		
Individual	**Pareja**	**Familiar**	**Individual**	**Pareja**	**Familiar**
$6.01	**$12.01**	**$15.69**	**$13.02**	**$26.02**	**$34.00**