

Copagos de BlueDental

Beneficios pediátricos

Plan de dentistas participantes

Los siguientes son los beneficios dentales pediátricos cubiertos y los copagos del asegurado para personas cubiertas que no han cumplido 19 años. El pago por servicios pediátricos cubiertos brindados por dentistas no participantes no superará la cantidad máxima permitida de FCL para dentistas no participantes.

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios preventivos		
0120	Evaluación oral periódica: paciente establecido	0
0140	Evaluación oral limitada: centrada en el problema	0
0150	Evaluación oral completa: paciente nuevo o establecido	0
0180	Evaluación periodontal completa: paciente nuevo o establecido	0
0210	Intraoral: serie completa (incluidas radiografías de aletas de mordida)	17
0220	Intraoral: primera placa periapical	4
0230	Intraoral: cada placa periapical adicional	2
0240	Intraoral: imagen radiográfica oclusal	10
0270	Mordida: una sola placa	0
0272	Mordidas: dos placas	0
0274	Mordidas: cuatro placas	0
0277	Mordidas verticales: 7 a 8 placas	0
0330	Placa panorámica	14
0340	Imagen radiográfica cefalométrica	28
0350	Imágenes fotográficas orales y faciales	13
0391	Interpretación de imagen de diagnóstico	0
0396	Impresión 3D de un escaneo 3D de superficie dental para obtener un modelo físico	18
0470	Moldes de diagnóstico	18
1110	Profilaxis: adulto	0
1120	Profilaxis: niño	0
1206	Barniz tópico de flúor	0
1208	Aplicación tópica de flúor	0
1301	Asesoramiento sobre vacunación	0
1330	Instrucción de higiene bucal	0
1351	Sellante: por diente	6
1352	Restauración preventiva con resina en paciente con alto riesgo de caries: diente permanente	6
1354	La presencia de caries intermedias impide la aplicación del medicamento en cada diente	0
1510	Conservador de espacio: fijo, unilateral	47
1516	Conservador de espacio - fijo - bilateral, maxilar	66
1517	Conservador de espacio - fijo - bilateral, mandibular	66
1520	Conservador de espacio: removible, unilateral	53
1526	Conservador de espacio - removible - bilateral, maxilar	75
1527	Conservador de espacio - removible - bilateral, mandibular	75
1551	Recementación o readhesión del espaciador bilateral - maxilar	0
1552	Recementación o readhesión del espaciador bilateral - mandibular	0
1553	Recementación o readhesión del espaciador unilateral - por cuadrante	0
4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o severa - boca completa, después de la evaluación oral	0
Servicios básicos		
2140	Amalgama: una superficie, primaria/permanente	15
2150	Amalgama: dos superficies, primaria/permanente	19

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios básicos (continuación)		
2160	Amalgama: tres superficies, primaria/permanente	23
2161	Amalgama: más de cuatro superficies, primaria/permanente	28
2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	20
2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior	26
2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior	30
2335	Compuesto a base de resina: más de cuatro superficies o que incluya ángulo incisal (anterior)	32
2910	Recementado de restauración incrustada, superficial o cobertura parcial	11
2920	Recementado de coronas	11
2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente primario	39
2930	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente primario	37
2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente	38
2940	Empaste sedante	12
2951	Retención con perno por diente, además de la restauración	6
3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final): extracción de pulpa coronaria de la unión cementodentinaria y aplicación de medicamento	47
3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis: diente permanente con desarrollo incompleto de raíz	47
3230	Terapia pulpar (relleno reabsorbible): anterior, diente primario (no incluye restauración final)	47
3240	Terapia pulpar (relleno reabsorbible): posterior, diente primario (no incluye restauración final)	47
4341	Limpieza dental periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	61
4342	Limpieza dental periodontal y alisado radicular: uno a tres dientes por cuadrante	46
4910	Mantenimiento periodontal	34
5410	Ajuste de la prótesis dental completa: (superior/maxilar)	10
5411	Ajuste de la prótesis dental completa: (inferior/mandibular)	10
5421	Ajuste de la prótesis dental parcial: (superior/maxilar)	10
5422	Ajuste de la prótesis dental parcial: (inferior/mandibular)	9
5511	Reparación de base de prótesis dental completa rota, mandibular	23
5512	Reparación de base de resina de prótesis dental completa rota, maxilar	23
5520	Reemplazo de dientes rotos o faltantes (prótesis dental completa): c/diente	20
5611	Reparación de base de resina de prótesis dental completa rota, mandibular	21
5612	Reparación de base de resina de prótesis dental completa rota, maxilar	21
5621	Reparación del armazón parcial del molde, mandibular	23
5622	Reparación del armazón parcial del molde, maxilar	23
5630	Reparar o reemplazar gancho roto	20
5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	18
5650	Agregar diente a una prótesis dental parcial existente	27

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios básicos (continuación)		
5660	Agregado de gancho a una prótesis dental parcial existente - por diente	31
5710	Reparación de base de prótesis dental completa (superior/ maxilar)	73
5711	Reparación de base de prótesis dental completa (inferior/ mandibular)	73
5720	Reparación de base de prótesis dental parcial (superior/ maxilar)	66
5721	Reparación de base de prótesis dental parcial (inferior/ mandibular)	66
5730	Recubrimiento de la prótesis dental superior/maxilar completa (directo)	38
5731	Recubrimiento de la prótesis dental inferior/mandibular completa (directo)	38
5740	Recubrimiento de la prótesis dental superior/maxilar parcial (directo)	34
5741	Recubrimiento de la prótesis dental inferior/mandibular parcial (directo)	34
5750	Recubrimiento de la prótesis dental superior/maxilar completa (indirecto)	59
5751	Recubrimiento de la prótesis dental inferior/mandibular completa (indirecto)	57
5760	Recubrimiento de la prótesis dental superior/maxilar parcial (indirecto)	53
5761	Recubrimiento de la prótesis dental inferior/mandibular parcial (indirecto)	53
5850	Acondicionamiento de tejidos (superior/maxilar)	18
5851	Acondicionamiento de tejidos (inferior/mandibular)	19
6930	Recementado de prótesis dental fija parcial	17
6980	Reparación de prótesis dental fija parcial, por informe	30
7140	Extracción (extirpación de elevación o fórceps): diente erupcionado o raíz expuesta	17
7210	Extirpación quirúrgica de diente erupcionado que requiere elevación de colgajo mucoperióstico y extracción del hueso o sección del diente	31
7220	Extirpación de diente impactado: tejido blando	39
7230	Extirpación de diente impactado: parcialmente óseo	53
7240	Extirpación de diente impactado: completamente óseo	64
7241	Extirpación de diente impactado: completamente óseo, c/ complicaciones quirúrgicas inusuales	72
7250	Extirpación quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)	32
7251	Coronectomía: extirpación intencional de diente	64
7259	Diseción de nervios	72
7270	Reimplantación de diente o estabilización de diente perdido o desplazado accidentalmente	58
7280	Acceso quirúrgico de diente no erupcionado	73
7310	Alveoloplastia en conjunción con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	31
7311	Alveoloplastia en conjunción con extracciones: 1 a 3 dientes o espacios de diente, por cuadrante	31
7320	Alveoloplastia no en conjunción con extracciones: cuatro o más dientes o espacios de diente, por cuadrante	42
7321	Alveoloplastia no en conjunción con extracciones: uno a tres dientes o espacios de dientes por cuadrante	42
7471	Extirpación de exostosis lateral (maxilar o mandíbula)	243
7510	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral	21
7910	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	69
7921	Recolección y aplicación autóloga de producto concentrado de sangre	40
7953	Injerto de hueso de reemplazo para la preservación del reborde - por sitio	46

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios básicos (continuación)		
7971	Extirpación de encía pericoronaria	31
9110	Tratamiento paliativo (emergencia) de dolor dental, procedimientos menores	12
9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	25
9223	Sedación profunda/anestesia general: los 15 minutos siguientes	25
9239	Sedación intravenosa/analgesia moderada (consciente): primer incremento de 15 minuto	19
9243	Sedación intravenosa/analgesia moderada (consciente): cada incremento posterior de 15 minutos	19
9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por otro dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	0
9610	Medicamento terapéutico parenteral, administración única	11
9930	Tratamiento de complicaciones (postquirúrgicas): circunstancias inusuales, por informe	8
9944	Dispositivo de protección oclusal duro - arco completo. Aparato dental removible diseñado para minimizar el efecto del bruxismo u otros factores oclusales. No debe informarse sobre ningún tipo de apnea del sueño, ronquidos o aparatos TMD.	52
Servicios complejos		
0160	Evaluación oral detallada y completa: centrada en el problema	36
2510*	Incrustación: metálica, una superficie	221
2520*	Incrustación: metálica, dos superficies	239
2530*	Incrustación: metálica, tres o más superficies	257
2542*	Restauración superficial: metálica, dos superficies	239
2543*	Restauración superficial: metálica, tres o más superficies (no pagadero en conj. c/ D2520, D2530)	297
2544*	Restauración superficial: metálica, cuatro o más superficies (no pagadero en conj. c/ D2520, D2530)	306
2740*	Corona: sustrato de cerámica/porcelana	324
2750*	Corona: porcelana fundida a metal de alta nobleza	315
2751*	Corona: porcelana fundida a metal predominantemente base	289
2752*	Corona: porcelana fundida a metal noble	302
2780*	Corona: metal de alta nobleza ¾ colado	284
2781*	Corona: metal predominantemente base ¾ colado	228
2783*	Corona: metal noble ¾ colado	257
2790*	Corona: metal de alta nobleza (completamente colado)	301
2791*	Corona: predominantemente metal base (completamente colado)	268
2792*	Corona: metal noble (completamente colado)	285
2794*	Corona: titanio	284
2950	Reconstrucción coronaria, incluye cualquier tipo de perno	28
2954	Poste y muñón prefabricado además de la corona	74
2980	Reparación de corona, por informe	53
2981	Reparación de incrustación necesaria por falla de material de restauración	50
2982	Reparación de restauración superficial necesaria por falla de material de restauración	50
2983	Reparación de laminado necesaria por falla de material de restauración	50
2990	Infiltración de resina de lesiones superficiales lisas incipientes	6
3110	Revestimiento de esmalte dental: directo (no incluye restauración final)	20
3310	Tratamiento de conducto: anterior (no incluye restauración final)	196
3320	Tratamiento de conducto: bicúspide (no incluye restauración final)	231
3330	Tratamiento de conducto: molar (no incluye restauración final)	305

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios complejos (continuación)		
3346	Tratamiento de conducto: adicional, anterior	256
3347	Tratamiento de conducto: adicional, bicúspide	296
3348	Tratamiento de conducto: adicional, molar	358
3351	Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar: visita inicial (cierre apical/repación de calcificación de perforaciones, reabsorción de raíz, desinfección del espacio pulpar, etc.)	50
3352	Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar: reemplazo provisional de medicamento	50
3353	Apexificación/recalcificación: visita final (incluye tratamiento de conducto completo: cierre apical/repación de calcificación de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	132
3355	Regeneración pulpar: visita inicial	139
3356	Reemplazo provisional de medicina para regeneración pulpar	62
3357	Regeneración pulpar: finalización del tratamiento	0
3410	Cirugía perirradicular/apicectomía: anterior	188
3421	Cirugía perirradicular/apicectomía: bicúspide (primera raíz)	227
3425	Cirugía perirradicular/apicectomía: molar (primera raíz)	235
3426	Cirugía perirradicular/apicectomía: (cada raíz adicional)	84
3450	Amputación de raíz: por raíz	120
3920	Hemisección (incluye cualquier extirpación de raíz) que no incluya tratamiento de conducto	105
4210	Gingivectomía/gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios de dientes unidos por cuadrante	142
4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios de dientes unidos por cuadrante	47
4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso para el procedimiento de restauración, por diente, uno por 36 meses por área de la boca	12
4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el cepillado de los dientes - cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales delimitados	158
4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	150
4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro, una vez por diente de por vida	212
4260	Cirugía ósea (incluye entrada y cierre de colgajo): 4 o más dientes contiguos por cuadrante	322
4261	Cirugía ósea (incluye la entrada y el cierre del colgajo) - cuatro o más dientes contiguos o espacios dentales delimitados por cuadrante	277
4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante	120
4270	Procedimiento de injerto de tejido blando del pedículo	225
4273	Procedimientos de injerto de tejido conectivo autógeno - por primer diente (incluye los sitios quirúrgicos del donante y del receptor)	280
4275	Alógrafo de tejido conectivo no autógeno (incluye el sitio receptor y material donante), primer diente en injerto	221
4277	Procedimiento de injerto de tejido blando gratuito (incluye cirugía del donante in situ), primer diente o posición de diente desdentado en el injerto	236
4278	Procedimiento de injerto de tejido blando gratuito (incluye cirugía del donante in situ), cada diente contiguo adicional o posición de diente desdentado en el mismo lugar del injerto	45
4355	Desbridamiento de boca completa para permitir evaluación y diagnóstico periodontal completo	34
5110	Prótesis dental completa: maxilar (superior)	382
5120	Prótesis dental completa: mandibular (inferior)	382
5130	Prótesis dental inmediata: maxilar (superior)	418
5140	Prótesis dental inmediata: mandibular (inferior)	418

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios complejos (continuación)		
5211*	Superior parcial: base de resina (incluye ganchos, descansos y dientes)	296
5212*	Inferior parcial: base de resina (incluye ganchos, descansos y dientes)	303
5213*	Superior parcial: marco de metal colado con bases dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/clasificación, apoyos y dientes)	420
5214*	Inferior parcial: marco de metal colado con bases dentadura postiza de resina (incluye materiales de retención/clasificación, apoyos y dientes)	420
5282*	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble - metal fundido de una pieza (incluye los materiales de retención/clasificación, apoyos y dientes) maxilar	264
5283*	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble - metal fundido de una pieza (incluye los materiales de retención/clasificación, apoyos y dientes) maxilar	264
6210*	Póntico: metal de alta nobleza colado	306
6211*	Póntico: metal predominantemente base colado	263
6212*	Póntico: metal noble colado	274
6214*	Póntico: titanio	283
6240*	Póntico: porcelana fundida a metal de alta nobleza	316
6241*	Póntico: porcelana fundida a metal predominantemente base	288
6242*	Póntico: porcelana fundida a metal noble	302
6245*	Póntico: porcelana/cerámica	299
6545	Retenedor: metal colado para prótesis fija pegada con resina	123
6548	Retenedor: porcelana/cerámica para prótesis fija pegada con resina	115
6549	Retenedor de resina - para prótesis fija pegada con resina	123
6600	Incrustación de porcelana/cerámica, dos superficies	241
6604	Retenedor del embutido - caja predominantemente metal común, dos superficies - uno cada 60 meses	239
6605	Retenedor del embutido - caja predominantemente de metal común, tres o más superficies - una por 60 meses	257
6609	Retenedor onlay - porcelana/cerámica, tres o más superficies	312
6613	Retenedor onlay - caja de metal predominantemente base, tres o más superficies - uno cada 60 meses	248
6740	Corona: porcelana/cerámica	350
6750	Corona: porcelana fundida a metal de alta nobleza	315
6751	Corona: porcelana fundida a metal predominantemente base	288
6752	Corona: porcelana fundida a metal noble	302
6780	Corona: ¾ metal de alta nobleza colado	267
6781	Corona: ¾ metal predominantemente base colado	200
6782	Corona: ¾ metal noble colado	225
6783	Corona: ¾ porcelana/cerámica	267
6790	Corona: metal de alta nobleza completamente colado	301
6791	Corona: metal predominantemente base completamente colado	266
6792	Corona: metal noble completamente colado	280
Los siguientes servicios son beneficios cubiertos solo cuando son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.		
6010	Posicionamiento quirúrgico del cuerpo del implante: implante de endosteal	450
6012	Posicionamiento quirúrgico de cuerpo provisorio del implante para prótesis transitoria: implante endosteal	450
6040	Posicionamiento quirúrgico: implante eposteal	450
6050	Posicionamiento quirúrgico: implante transosteal	450
6055	Barra conectora: con soporte de implante o pilar	174
6056	Pilar prefabricado: incluye posicionamiento	112
6057	Pilar personalizado	146

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios complejos (continuación)		
Los siguientes servicios son beneficios cubiertos solo cuando son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.		
6058	Corona de porcelana/cerámica con soporte de pilar	294
6059	Porcelana con soporte de pilar fundida a corona de metal (metal de alta nobleza)	290
6060	Porcelana con soporte de pilar fundida a corona de metal (metal predominantemente base)	274
6061	Porcelana con soporte de pilar fundida a corona de metal (metal noble)	280
6062	Corona de metal colado con soporte de pilar (metal de alta nobleza)	279
6063	Corona de metal colado con soporte de pilar (metal predominantemente base)	240
6064	Corona de metal colado con soporte de pilar (metal noble)	252
6065	Corona de porcelana/cerámica con soporte de implante	289
6066	Porcelana con soporte de implante fundida a corona de metal (titanio, aleación de titanio, metal de alta nobleza)	282
6067	Corona de metal con soporte de implante (titanio, aleación de titanio, metal de alta nobleza)	274
6068	Retenedor con soporte de pilar para FPD de porcelana/cerámica	294
6069	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida a FPD de metal (metal de alta nobleza)	290
6070	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida a FPD de metal (metal predominantemente base)	274
6071	Retenedor con soporte de pilar para porcelana fundida a FPD de metal (metal noble)	280
6072	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal colado (metal de alta nobleza)	286
6073	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal colado (metal predominantemente base)	259
6074	Retenedor con soporte de pilar para FPD de metal colado (metal noble)	279
6075	Retenedor con soporte de implante para FPD quirúrg	289
6076	Retenedor con soporte de implante para porcelana fundida a FPD de metal (titanio, aleación de titanio, metal de alta nobleza)	282
6077	Retenedor con soporte de implante para FPD de metal colado (titanio, aleación de titanio, metal de alta nobleza)	271
6080	Procedimientos de mantenimiento de implante, incluye extracción de prótesis, limpieza de prótesis y pilares y reinserción de la prótesis	24
6090	Reparación de prótesis con soporte de implante, por informe	83
6091	Reemplazo de pieza reemplazable de fijación de precisión o semiprecisión de prótesis soportada por implante/pilar, por fijación, una por diente cada 60 meses	138
6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante: uno por diente cada 60 meses	120
6101	Desbridamiento de un defecto o defectos periimplantarios que rodean un solo implante y limpieza de las superficies de los implantes expuestos, incluyendo la entrada y cierre del colgajo	160
6102	Desbridamiento y contorno óseo de un defecto o defectos periimplantarios que rodean un implante único e incluye la limpieza superficial de las superficies de los implantes expuestos incuidos entrada y cierre del colgajo	228

ADA Código	Descripción del Servicio	El asegurado paga \$
Servicios complejos (continuación)		
Los siguientes servicios son beneficios cubiertos solo cuando son médicamente necesarios. Se requiere autorización previa.		
6103	Injerto óseo para acomodar defecto periimplantario no incluye entrada y cierre del colgajo. Colocación de una membrana de barrera o materiales biológicos para ayudar a la regeneración ósea se reportan por separado	114
6104	Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	114
6110	Implante / prótesis removible con pilar apoyado para la arcada desdentada - maxilar	378
6111	Implante / prótesis removible con pilar apoyado para la arcada desdentada - mandibular	378
6112	Implante / prótesis removible con pilar apoyado para la arcada parcialmente desdentada - maxilar	378
6113	Implante / prótesis removible con pilar apoyado para la arcada parcialmente desdentada - maxilar	378
6114	Implante / prótesis fija con pilar apoyado para la arcada desdentada - maxilar	350
6115	Implante / prótesis fija con pilar apoyado para la arcada desdentada - mandibular	350
6116	Implante / prótesis fija con pilar apoyado para la arcada parcialmente desdentada - maxilar	350
6117	Implante / prótesis fija con pilar apoyado para la arcada parcialmente desdentada - mandibular	350
6180	Procedimientos de mantenimiento de implantes cuando no se retira una prótesis híbrida fija de arco completo, incluida la limpieza de prótesis y diente de soporte, dos por año	10
6190	Índice radiográfico/de implante quirúrgico, por informe	171
6193	Reemplazo de un tornillo de implante	100
7252	Extracción parcial para colocación inmediata de implantes	31
8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria	450
8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición en transición	450
8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición del adolescente	450
8070	Tratamiento completo de ortodoncia de dentición transitoria	450
8080	Tratamiento completo de ortodoncia de dentición adolescente	450
8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adulta	450
8091	Tratamiento de ortodoncia integral asociado con cirugía ortognática cuando se planifica una intervención quirúrgica adicional	450
8210	Terapia con aparato removible	0
8220	Terapia para prótesis fija	450
8660	Visita previa al tratamiento de ortodoncia	0
8670	Visita periódica del tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato)	0
8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores)	0

*Incluye atención posterior al servicio de rutina.

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

Los planes dentales son ofrecidos por Florida Combined Life Insurance Company, Inc., una afiliada de Florida Blue. Florida Blue es una marca comercial de Blue Cross and Blue Shield of Florida. Estas compañías son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

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 resewwa 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 pueden reducirse o darse por terminadas debido a la edad del asegurado o a su falta de elegibilidad. Si se afilia a la cobertura, recibirá una póliza o certificado de seguro. Lea atentamente los documentos del seguro.

