



Documento Combinado de Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación



es.deltadentalins.com

ESTA MATRIZ NO DEBE USARSE COMO UNA EXPLICACIÓN COMPLETA DE SUS BENEFICIOS. PARA UNA DESCRIPCIÓN DE SUS BENEFICIOS DEBE CONSULTAR LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

PLAN PPO DE DELTA DENTAL PARA EL GRUPO # 04633 & 05364

Servicios dentales*	Porcentaje aplicable de Delta Dental para los dentistas PPO de Delta Dental	Porcentaje aplicable de Delta Dental para los dentistas Premier	Porcentaje aplicable de Delta Dental para los dentistas no contratistas**	Deducible por año del plan y máximo
Diagnóstico y beneficios de prevención	100%	80%	80%	Si los servicios son proporcionados por un dentista PPO de Delta Dental
Beneficios Básicos (Guardia nocturna para el bruxismo)	80%	60%	60%	Para cada inscrito: \$25 Si los servicios son proporcionados por otros dentistas
Coronas, incrustaciones, incrustaciones con recubrimiento en la cara oclusal y restauraciones coladas	70%	40%	40%	Para cada inscrito: \$50 El deducible no se aplica a los servicios siguientes: Diagnóstico y beneficios de prevención
Beneficios Prostodónticos	70%	40%	40%	Si los servicios son proporcionados por un dentista PPO de Delta Dental El máximo pagado por Delta Dental por cada inscrito es: \$1,000 Si los servicios son proporcionados por otros dentistas El máximo pagado por Delta Dental por cada inscrito es: \$750

* Consulte las secciones de beneficios, limitaciones y exclusiones de su Evidencia de Cobertura)

** Si usted va a un dentista no contratista, Delta Dental no puede asegurar qué porcentaje del monto cobrado puede estar cubierto.

Sus beneficios están LIMITADOS como sigue:

Pagamos por dos exámenes orales que incluyen visitas al consultorio para observación y consultas con el especialista, o una combinación de estos servicios, en un periodo de 12 meses mientras esté inscrito en cualquier plan de Delta Dental. Vea la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.

Las radiografías completas de boca son un beneficio una vez en un periodo de cinco años mientras sea elegible según un plan de Delta Dental.

Delta Dental paga servicios individuales de rayos X panorámicos solamente cuando han transcurrido cinco años desde que se realizaron los últimos rayos X panorámicos dentro de un plan de Delta Dental.

Las radiografías de mordida se brindan a solicitud del dentista, pero no más de dos veces en un periodo de 12 meses para niños hasta los 18 o una vez un periodo de 12 meses para adultos de 18 o más, mientras sea elegible según un plan de Delta Dental.

Pagamos por dos limpiezas o un procedimiento dental que incluye una limpieza cada periodo de 12 meses según un plan de Delta Dental. Si está embarazada durante este periodo, pagamos por una limpieza adicional.

Las limpiezas de rutina están cubiertas como un beneficio de diagnóstico y preventivo y las limpiezas periodónticas están cubiertas como un beneficio básico.

El raspado periodontal y alisado radicular están cubiertos pero limitados a uno por cada cuadrante cada uno en un periodo de 24 meses. Vea la nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo.

Los tratamientos de fluoruro están cubiertos dos veces en un periodo de 12 meses según cualquier plan de Delta Dental.

Los beneficios de selladores incluyen la aplicación de selladores solo a primeras y segundas molares permanentes sin caries, restauración en la cara oclusal para las primeras molares hasta los ocho años y las segundas molares hasta los 15 años. Los beneficios de selladores no incluyen la reparación ni el reemplazo del sello en cualquier diente dentro de dos años de su aplicación.

Las coronas, incrustaciones, incrustaciones con recubrimiento de la cara oclusal , restauraciones coladas son beneficios en el mismo diente solo una vez cada cinco años, mientras sea elegible según cualquier plan de Delta Dental plan, a menos que Delta Dental determine que se requiere el reemplazo porque la restauración no es satisfactoria como resultado de mala calidad de atención, debido a que el diente en cuestión tuvo pérdida extensiva o un cambio en la estructura del diente o tejido de apoyo desde el reemplazo de la restauración.

Los dispositivos protodónticos e implantes recibidos según cualquier plan de Delta Dental será reemplazado solo después de haber transcurrido cinco años a menos que Delta Dental determine que ha habido perdida extensiva del resto del diente o cambio en el tejido de apoyo que el puente fijo existente, dentadura parcial o completa no pueden quedar en forma satisfactoria.

Delta Dental reemplazará un implante, un dispositivo prostodóntico o un implante apoyado por una prótesis que recibió según otro plan dental si determinamos que no es satisfactorio y que no puede hacerse para que quede bien.

Pagaremos para retirar el implante una vez por diente durante el tiempo de vida del inscrito.

Delta Dental pagará su porcentaje de la tarifa del dentista por una dentadura estándar parcial o completa. Una dentadura parcial o completa se fabrica de los materiales aceptados y con los métodos convencionales.

Si escoge un plan de tratamiento más costoso que el que se brinda de costumbre, o técnicas especializadas, se hará una asignación para el plan de tratamiento alternativo menos costoso y aceptable profesionalmente. Delta Dental pagará el porcentaje aplicable de la tarifa menor para el tratamiento de costumbre o estándar y usted es responsable por el resto de la tarifa del dentista.

Por ejemplo: una corona cuando una obturación de amalgama restauraría el diente; o una dentadura de precisión cuando sería suficiente la dentadura estándar.

Nota sobre beneficios adicionales durante el embarazo. Si está embarazada, Delta Dental pagará por servicios adicionales para ayudar a mejorar su salud oral durante el embarazo. Los servicios adicionales en un periodo de 12 meses, mientras es elegible en el plan de Delta Dental incluyen: Un examen oral adicional, y ya sea una limpieza adicional de rutina o un raspado periodontal y alisado radicular adicional por cuadrante. Su dentista o usted deben presentar confirmación por escrito de su embarazo cuando se envía el reclamo.

EXCLUSIONES/SERVICIOS QUE NO CUBRIMOS

Delta Dental cubre una amplia variedad de gastos dentales, pero hay algunos servicios para los que no brindamos beneficios. Es importante que usted sepa cuáles son estos servicios antes de visitar al dentista.

Delta Dental no brinda beneficios para lo siguiente:

Servicios por lesiones cubiertas por el seguro de Compensación al trabajador o las leyes de responsabilidad del empleador.

Los servicios proporcionados al inscrito por cualquier oficina federal o del gobierno estatal o que son proporcionados al inscrito por cualquier municipalidad, condado u otra subdivisión política, excepto los beneficios de Medi-Cal.

Cualquier impuesto gravado (o incurrido) por un gobierno, estado u otra entidad, en relación con cualquier cargo que se haga por los beneficios proporcionados conforme al contrato, será la responsabilidad del afiliado y no será un beneficio cubierto.

Servicios para fines cosméticos o para condiciones hereditarias o defectos de desarrollo, como el paladar hendido, malformaciones de la mandíbula inferior o superior, dientes faltantes congénitamente, y dientes descoloridos o que les hace falta esmalte.

Servicios para la restauración de estructuras de dientes perdidas por el uso (abrasión, erosión, bruñido o abracción), para reconstruir o mantener las superficies de mordida debido a la mala alineación o mala oclusión del diente, o para estabilizarlo. Ejemplos de dicho tratamiento son la equilibración y ferulización periodóntica.

Cualquier procedimiento, puente, dentadura u otro servicio prostodóntico que se inició antes que el inscrito estuviese cubierto por este plan.

Medicamentos recetados, o fármacos terapéuticos aplicados, premedicación o analgesia.

Procedimientos experimentales.

Cargos de hospital u otro establecimiento quirúrgico o tratamiento y cualquier monto adicional que cobre el dentista por tratamiento en dichas instalaciones.

Anestesia, excepto anestesia general o sedantes intravenosos administrados por un dentista acreditado en servicios de cirugía oral y determinados procedimientos endodónticos y periodónticos.

Tejidos de injerto afuera de la boca a tejidos dentro de la boca (injertos extraorales”).

Diagnóstico o tratamiento por cualquier método de cualquier condición relacionada a las articulaciones temporomandibulares (maxilares) o asociadas con músculos, nervios o tejidos.

Reemplazo de restauración existente para cualquier propósito excepto las caries activas.

Ajustes oclusales completos.

Servicios ortodónticos (tratamiento de dientes mal alineados y/o maxilares).

Yesos o moldes de diagnóstico.

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIÓN DE RECLAMACIONES

Si tiene preguntas relacionadas con los servicios que le haya proporcionado un dentista de Delta Dental, le recomendamos que primero hable al respecto con su dentista. Si continúa teniendo inquietudes, puede llamarnos o escribirnos. Le notificaremos si se niega una reclamación o un servicio dental, de manera parcial o total, y le indicaremos las razones específicas de dicha denegación. Cualquier cuestión relacionada con la falta de elegibilidad debe tratarse primero directamente entre usted y su grupo. Si tiene alguna pregunta o queja relacionada con la denegación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, los procedimientos y las operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales realizados por un dentista de Delta Dental, puede llamarnos a la línea gratuita **800-765-6003**, ponerse en contacto con nosotros en nuestro sitio web es.deltadentalins.com/ucship, o escribirnos a P. O. Box 997330, Sacramento, CA 95899-7330, Attention: Customer Service Department.

Si su reclamación fue denegada o modificada, puede presentar una solicitud de revisión (una queja) ante nosotros en un plazo de 180 días después de recibir la denegación o modificación. Si lo hace por escrito, la correspondencia debe incluir el nombre y el número del grupo, el nombre y el número de identificación del afiliado principal, el número de teléfono de la persona que presente la solicitud y cualquier información adicional que

respalde la reclamación de beneficios. Además, la correspondencia deberá incluir una copia del formulario del tratamiento, el Aviso de pago y cualquier otra información relevante. A solicitud y sin cargo, proporcionaremos al afiliado copias de todo documento pertinente que sea relevante para la reclamación, una copia de cualquier regla, pauta o protocolo internos, o explicación del juicio clínico o científico, en caso de que hubieran influido en la denegación o modificación de la reclamación.

Nuestra revisión tomará en cuenta toda la información, sin importar si dicha información se presentó o consideró inicialmente. Es posible que algunos casos se remitan a uno de nuestros asesores regionales, a un comité de revisión de la sociedad dental o a la asociación dental del estado para su evaluación. Nuestra revisión estará a cargo de una persona que no sea quien haya hecho la denegación de la reclamación original ni un subalterno de dicha persona, y no daremos deferencia a la decisión inicial. Si la revisión de la denegación de una reclamación se basa parcial o totalmente en una falta de necesidad médica, un tratamiento experimental o un juicio clínico al aplicar los términos del contrato, consultaremos a un dentista que cuente con suficientes conocimientos y experiencia. Podemos revelar la identidad de dicho dentista asesor si lo solicita.

Proporcionaremos al afiliado un reconocimiento por escrito en un plazo de cinco días calendario después de recibir la solicitud de revisión. Emitiremos una decisión por escrito en un plazo de 30 días calendario después de recibir la solicitud de revisión. Responderemos a las quejas que involucren dolor intenso y una amenaza inminente y grave para la salud del afiliado en un plazo de tres días calendario después de recibirlas. Usted puede presentar una queja ante el Departamento de Atención Médica Administrada después de completar el proceso de quejas de Delta Dental o después de haber participado en el proceso de quejas de Delta Dental durante 30 días calendario. En una situación de emergencia, que es aquella que involucra dolor intenso o una amenaza inminente y grave para la salud del afiliado, puede presentar una queja de inmediato ante el departamento.

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios del cuidado de la salud. Si tiene una queja contra Delta Dental, su plan de salud, primero debe llamar a Delta Dental al **800-765-6003** y seguir el proceso de quejas de Delta Dental antes de ponerse en contacto con el departamento. Utilizar este proceso de quejas no anula ninguno de los derechos ni recursos legales que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja relacionada con una emergencia, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o una queja que ha estado sin resolverse por más de 30 días calendario, puede llamar al departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas emitidas por el plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las controversias de pago para los servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con un número telefónico gratuito (**888-HMO-2219**) y una línea TDD (**877-688-9891**) para personas con dificultades auditivas o del habla. En el sitio web del departamento, (**<http://www.hmohelp.ca.gov>**), encontrará formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Si el plan de salud grupal está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), el afiliado puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos para solicitar una revisión más a fondo de la reclamación o si el afiliado tiene preguntas sobre los derechos

que cubre la ERISA. El afiliado también puede presentar una demanda en virtud de la sección 502(a) de la ERISA. La dirección del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos es: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration (EBSA), 200 Constitution Avenue, N.W. Washington, D.C. 20210.