

## Resumen de beneficios dentales y matriz de divulgación de cobertura

### (SDBC, por sus siglas en inglés) Parte I: INFORMACIÓN GENERAL

**Nombre del plan:** Delta Dental PPO™ Family Dental PPO para pequeñas empresas **Nombre del producto:** Delta Dental

**Tipo de línea de productos:** DPPO

**N.º de teléfono del plan:** 800-471-0173

**Fecha de entrada en vigencia:** A partir del 01/01/24

**Sitio web del plan:** es.deltadentalins.com/hcx

**ESTA MATRIZ ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ USTED POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DEL PLAN [es.deltadentalins.com/hcx](http://es.deltadentalins.com/hcx) O LLAME AL 800-471-0173.**

**ESTA MATRIZ NO ES UNA GARANTÍA DE GASTOS NI PAGO.**

### Parte II: DEDUCIBLES

Deducible	Dentro de la red	Fuera de la red
Dental	\$50 por persona <b>(19 años o más)</b> ; \$75 por persona/\$150 por familia <b>(niños hasta los 19 años)</b>	\$50 por persona <b>(19 años o más)</b> ; \$75 por persona/\$150 por familia <b>(niños hasta los 19 años)</b>
Ortodoncia	\$75 por persona/\$150 por familia <b>(niños hasta los 19 años)</b>	\$75 por persona/\$150 por familia <b>(niños hasta los 19 años)</b>

- **El deducible aplica a todos los servicios, excepto los siguientes servicios: Diagnóstico y prevención.**
- Un **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios dentales cubiertos cada año del plan antes de que el plan comience a pagar el costo del tratamiento dental cubierto.
- Los **servicios dentro de la red** son servicios de cuidado dental proporcionados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con licencia que tienen un contrato con su plan para ofrecer servicios dentales.
- Los **servicios fuera de la red** son servicios de cuidado dental proporcionados por dentistas u otros proveedores de cuidado dental con licencia que no tienen contrato con su plan.

Estado de California, Agencia de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Atención Médica Administrada: DMHC 10-278, en vigencia desde el 9/1/22

### Parte III: LÍMITES MÁXIMOS QUE PAGARÁ EL PLAN

Límites máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Límite máximo anual	\$1,500 por persona ( <b>19 años o más</b> ); Ninguno ( <b>niños hasta los 19 años</b> )	\$1,500 por persona ( <b>19 años o más</b> ); No ( <b>niños hasta los 19 años</b> )
Límite máximo de por vida o anual para ortodoncia	Ninguno	No

- El **límite máximo anual** es el monto máximo en dólares que su plan pagará del costo del cuidado dental dentro de un periodo de tiempo específico, por lo general, un periodo consecutivo de 12 meses o año calendario. **No todos los servicios se suman al límite máximo anual.**
- El **límite máximo de por vida** se refiere al monto máximo en dólares que el plan que le proporciona beneficios dentales pagará durante la vida del afiliado. Los límites máximos de por vida se suelen aplicar a servicios específicos, como el tratamiento de ortodoncia.

### Parte IV: PERIODOS DE ESPERA

**Periodos de espera:** Un periodo de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de ser elegible para recibir beneficios o servicios para todos o ciertos tratamientos dentales. **Su paquete de beneficios dentales tiene un periodo de espera de 6 meses consecutivos para los servicios mayores para las personas de 19 años o más. No se aplica este periodo de espera con prueba de cobertura previa.**

### Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

**Todos los copagos y coseguros que se muestran en esta tabla se aplican después de que se haya alcanzado su deducible, si corresponde la aplicación de un deducible. Los procedimientos dentales comunes se clasifican en una de las siguientes categorías de servicios: Diagnóstico y prevención, servicios básicos o mayores. La columna Limitaciones y exclusiones de beneficios incluye solo las limitaciones y exclusiones comunes. Si desea obtener una lista completa, consulte el documento de divulgación completo al que se hace referencia en la columna Limitaciones y exclusiones de beneficios.**

<b>Procedimientos dentales comunes</b>	<b>Categoría</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	<b>Limitaciones y exclusiones de beneficios</b>
Examen bucal	Diagnóstico y prevención	\$0	10 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 por paciente por proveedor</li> <li>19 años o más: una vez de por vida por proveedor</li> <li>Consulte el formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Radiografía de mordida	Diagnóstico y prevención	\$0	10 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>19 años o más: 1 el mismo día</li> <li>19 años o más: 1 por año calendario</li> <li>Consulte el formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Limpieza	Diagnóstico y prevención	\$0	10 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 cada 6 meses</li> <li>19 años o más: 2 por año calendario</li> <li>Consulte el formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Empaste	Básico	20 %	30 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 cada 12 meses para dientes primarios; 1 cada 36 meses para dientes permanentes</li> <li>19 años o más: sin limitaciones ni exclusiones</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas</li> </ul>
Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	Mayor	50 %	50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta 19 años: 1 de por vida</li> <li>19 años o más: 1 de por vida; aplica el periodo de espera de 6 meses</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas</li> </ul>
Conducto radicular	Mayor	50 %	50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta 19 años: 1 de por vida</li> <li>19 años o más: 1 de por vida; aplica el periodo de espera de 6 meses</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Limpieza de sarro y alisado radicular	Mayor	50 %	50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 por cuadrante cada 24 meses, mayores de 13 años</li> <li>19 años o más: 1 por cuadrante cada 24 meses; aplica el periodo de espera de 6 meses</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las</li> </ul>

				limitaciones y exclusiones completas.
Corona de cerámica	Mayor	50 %	50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 cada 60 meses; mayores de 13 años</li> <li>19 años o más: 1 cada 60 meses; aplica el periodo de espera de 6 meses</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Dentadura postiza parcial extraíble	Mayor	50 %	50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 cada 60 meses; el Límite máximo de los gastos de bolsillo solo se aplica a los Beneficios de salud esenciales para los Afiliados Pediátricos que se proporcionan por los Proveedores de Delta Dental PPO.</li> <li>19 años o más: 1 cada 60 meses; aplica el periodo de espera de 6 meses</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Extracción, diente erupcionado con extracción del hueso	Mayor	50 %	50 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 de por vida;</li> <li>19 años o más: 1 de por vida; aplica el periodo de espera de 6 meses</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas</li> </ul>
Ortodoncia	Ortodoncia	Hasta los 19 años: 50 % 19 años o más: sin cobertura	Hasta los 19 años: 50 % 19 años o más: sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>La cobertura está restringida a: Necesario desde el punto de vista médico para afiliados hasta los 19 años.</li> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>

### Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA

**ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS NI GARANTÍA DE PAGO.** Los ejemplos brindados representan los servicios usados habitualmente en las categorías de Servicios de diagnóstico y prevención, básicos y mayores con fines ilustrativos, y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en el gráfico a continuación, dependiendo del cuidado real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en el resumen de servicios excluidos en virtud del plan.

<b>Dana tiene una cita dental con un dentista nuevo</b>	<b>Sam necesita empaste en un diente</b>	<b>María necesita una corona</b>
Examen de paciente nuevo, radiografías (radiografía de la boca entera) y limpieza	Empaste compuesto de resina; una superficie, dientes posteriores	Corona: sustrato de porcelana/cerámica

<b>Visita de Dana</b>	<b>Costo de Dana</b>	<b>Visita de Sam</b>	<b>Costo de Sam</b>	<b>Visita de María</b>	<b>Costo de María</b>
Costo total del cuidado	Dentro de la red: <b>\$400</b> Fuera de la red: <b>\$550</b>	Costo total del cuidado	Dentro de la red: <b>\$150</b> Fuera de la red: <b>\$200</b>	Costo total del cuidado	Dentro de la red: <b>\$1,300</b> Fuera de la red: <b>\$1,750</b>
Deducible	Dentro de la red: Niños hasta los 19 años: no corresponde 19 años o más: no corresponde  Fuera de la red: Niños hasta los 19 años: no corresponde 19 años o más: no corresponde	Deducible	Dentro de la red: Niños hasta los 19 años: \$75 19 años o más: \$50  Fuera de la red: Niños hasta los 19 años: \$75 19 años o más: \$50	Deducible	Dentro de la red: Niños hasta los 19 años: \$75 19 años o más: \$50  Fuera de la red: Niños hasta los 19 años: \$75 19 años o más: \$50

Límite máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: Hasta los 19 años: ninguno 19 años o más: \$1,500  Fuera de la red: Hasta los 19 años: no 19 años o más: \$1,500	Límite máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: Hasta los 19 años: ninguno 19 años o más: \$1,500  Fuera de la red: Hasta los 19 años: no 19 años o más: \$1,500	Límite máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red: Niños hasta los 19 años: ninguno 19 años o más: \$1,500  Fuera de la red: Hasta los 19 años: no 19 años o más: \$1,500
---	--	---	--	---	--

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de María	Costo de María
Costo del paciente (copago o coseguro)	<p>Dentro de la red: Hasta los 19 años: \$0 19 años o más: \$0</p> <p>Fuera de la red: Hasta los 19 años: 10 % 19 años o más: 10 %</p>	Costo del paciente (copago o coseguro)	<p>Dentro de la red: Hasta los 19 años: 20 % 19 años o más: 20 %</p> <p>Fuera de la red: Hasta los 19 años: 30 % 19 años o más: 30 %</p>	Costo del paciente (copago o coseguro)	<p>Dentro de la red: Hasta los 19 años: 50 % 19 años o más: 50 %</p> <p>Fuera de la red: Hasta los 19 años: 50 % 19 años o más: 50 %</p>
<b>En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> Niños hasta los 19 años: \$0 19 años o más: \$0</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Niños hasta los 19 años: \$55 19 años o más: \$55</p>	<b>En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> Niños hasta los 19 años: \$90 19 años o más: \$70</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Niños hasta los 19 años: \$112.50 19 años o más: \$95</p>	<b>En este ejemplo, María pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> Niños hasta los 19 años: \$350 19 años o más: \$675</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Niños hasta los 19 años: \$912.50 19 años o más: \$900</p>
Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	<p><b>Radiografía de la boca entera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 cada 36 meses por proveedor</li> <li>19 años o más: 1 cada 60 meses</li> </ul> <p><b>Examen bucal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los</li> </ul>	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: 1 cada 12 meses para dientes primarios; 1 cada 36 meses para dientes permanentes</li> </ul>	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niños hasta los 19 años: el límite máximo de los gastos de bolsillo es de \$350 por año calendario</li> <li>Niños hasta los 19 años: 1 cada 60 meses</li> <li>19 años o más: 1</li> </ul>

	<p>19 años: 1 por paciente por proveedor</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 19 años o más: una vez de por vida por proveedor</li></ul> <p><b>Limpieza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Niños hasta los 19 años: 1 cada 6 meses</li><li>• 19 años o más: 2 por año calendario</li></ul>				<p>cada 60 meses</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 19 años o más: Los servicios mayores tienen un periodo de espera de 6 meses consecutivos. No se aplica este periodo de espera con prueba de cobertura previa.</li></ul>
--	---	--	--	--	--



Delta Dental of California  
(Sociedad sin fines de lucro constituida en California)  
560 Mission Street, Suite 1300  
San Francisco, California 94105  
800-471-0173

Contrato grupal de Delta Dental PPO™ para servicios dentales

## INTRODUCCIÓN

El Titular del Contrato mencionado en el Anexo *Información del grupo* de este Contrato solicitó un contrato grupal de servicios dentales con Delta Dental of California (“Delta Dental”) a través del Mercado de seguros de salud. Se aplicarán los siguientes términos:

- El Titular del Contrato pagará al Mercado de seguros de salud o al administrador de terceros del Mercado de seguros de salud las Primas mensuales que se indican en el Anexo *Información del grupo*.
- Cuando el Titular del Contrato pague la Prima del primer mes, la vigencia del presente Contrato comenzará a las 12:01 a. m. Hora estándar en la fecha de entrada en vigencia que se muestra en el Anexo *Información del grupo*. La vigencia de este Contrato finalizará según lo indicado en este Contrato al final de la Vigencia del Contrato a las 12:00 a. m. Hora estándar.
- El Titular del Contrato le proporcionará a cada Afiliado Principal que elija la cobertura en virtud de este Contrato acceso electrónico a un *Formulario de divulgación y Evidencia de cobertura combinados* (“EOC”) que suministraremos nosotros. Proporcionaremos una copia impresa al Afiliado o al Titular del Contrato previa solicitud o si así lo exige el Mercado de seguros de salud. El Titular del Contrato también distribuirá a sus Afiliados Principales que elijan la cobertura en virtud del presente Contrato los avisos que nosotros enviemos que puedan afectar sus derechos en virtud del presente Contrato. Distribuiremos avisos al Titular del Contrato o a los Afiliados Principales según lo requiera el Mercado de seguros de salud.
- El Titular del Contrato proporcionará a cada Afiliado Principal acceso electrónico a un documento denominado Resumen de beneficios dentales y matriz de divulgación de cobertura (“SDBC”, por sus siglas en inglés) que suministraremos nosotros.
- Nuestros materiales de inscripción les informan a los Empleados que la EOC está disponible si lo solicitan, antes de la inscripción, poniéndose en contacto con nuestro servicio de Atención al Cliente. Se incluye una matriz que describe los Beneficios mayores y la cobertura de este Plan en la última página de la EOC (“Anexo C”). La EOC revelará los términos y las condiciones de la cobertura, pero constituirá solo un resumen de este Plan.
- Como lo establece el Código de Salud y Seguridad de California, se debe consultar este Contrato para conocer los términos y condiciones exactos de la cobertura provista. Se le proporcionará una copia del Contrato si lo solicita. Los Afiliados deben leer la EOC atentamente. Todo conflicto directo entre este Contrato y la EOC se resolverá de acuerdo con los términos que sean más favorables para el Afiliado.
- Las personas con Necesidades Especiales de Cuidado de Salud deben leer la disposición “Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud” en la EOC adjunta. De conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California, la EOC proporciona a los Afiliados información sobre los Beneficios sociales de la donación de órganos y el método mediante el cual un Afiliado puede elegir ser donante de órganos o tejidos. Los Afiliados también pueden obtener información acerca de los Beneficios llamando a nuestra línea de Atención al Cliente al 800-471-0173.

Siempre que el Titular del Contrato pague las Primas tal y como se establece en la Sección 3, nos comprometemos a proporcionar los Beneficios descritos en este Contrato y en la EOC adjunta.

Este contrato está respaldado y administrado por Delta Dental of California, y se rige por las leyes del estado de California en el que se emite y entrega.

Delta Dental of California



Lic. Michael G. Hankinson  
Vicepresidente ejecutivo, director de Asuntos Jurídicos

# ÍNDICE

SECCIÓN 1: DEFINICIONES

SECCIÓN 2: OBLIGACIONES DE DELTA DENTAL

SECTION 3 - OBLIGACIONES DEL TITULAR DEL CONTRATO

SECTION 4 - RELACIÓN DE LAS PARTES

SECTION 5 - RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

SECTION 6 - DISPOSICIONES GENERALES

SECTION 7 - ANEXOS

## SECCIÓN 1: DEFINICIONES

Los términos con mayúscula inicial que aparecen en el presente Contrato tienen el mismo significado que se les otorga en la EOC adjunta. Además, los siguientes términos tienen estos significados:

- 1.01 **Contrato:** este acuerdo entre Delta Dental y el Titular del Contrato, que incluye la EOC y los Anexos. El presente Contrato constituye el acuerdo absoluto entre las partes.
- 1.02 **Prima:** los montos pagaderos según lo dispuesto en el Anexo *Información del grupo*.

## SECCIÓN 2: OBLIGACIONES DE DELTA DENTAL

### 2.01 Servicios de reclamaciones

Proporcionaremos los siguientes servicios de reclamaciones:

- a) Pagaremos Beneficios por los servicios dentales descritos en la EOC adjunta cuando los proporcione un Proveedor y cuando sean necesarios y habituales conforme a los principios de la práctica dental generalmente aceptados. Las reclamaciones se procesarán de acuerdo con Nuestras políticas de procesamiento estándar. Las políticas de procesamiento pueden ser modificadas cuando se juzgue conveniente; por lo tanto, usaremos las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación. Es posible que solicitemos el apoyo de Dentistas (consultores dentales) para revisar los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico o los tratamientos recetados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y si el tratamiento tiene un pronóstico favorable. Se aplicarán limitaciones y exclusiones durante el periodo en el que la persona esté inscrita en cualquier programa de Delta Dental o programa de cuidado dental anterior proporcionado por el Titular del Contrato, sujeto a la recepción de dicha información del Titular del Contrato o al momento en que se presente una reclamación. Los periodos de espera adicionales, si los hubiera, se muestran en la EOC adjunta. Si un Afiliado recibe servicios dentales de un Proveedor que se encuentra fuera del estado de California, el Proveedor recibirá un reembolso de acuerdo con las disposiciones de pago de nuestra red para dicho estado, de acuerdo con los términos de este Contrato.

Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos individuales que se llevan a cabo al mismo tiempo que el procedimiento principal, los procedimientos individuales se consideran parte del procedimiento principal para los fines de determinar el Beneficio que se debe pagar en virtud de este Contrato. Si el Proveedor factura el procedimiento principal y cada una de sus partes individuales por separado, el Beneficio total que se debe pagar por todos los cargos relacionados se limitará al límite máximo del Beneficio pagadero por el procedimiento principal.

Un Beneficio que se proporciona apropiadamente a través de la Teleodontología está cubierto sobre la misma base y en la misma medida en que el Beneficio está cubierto a través de diagnóstico, consulta o tratamiento en persona. El cargo por los servicios de Teleodontología se considera incluido en el manejo general del paciente y no constituye un servicio que se paga por separado.

- b) **Presupuesto previo al tratamiento.** Un Proveedor puede presentar un Formulario de reclamación antes de un tratamiento, en el que se describan los servicios que se brindarán a un Afiliado. Estimaremos la cantidad de Beneficios pagaderos en virtud de este Contrato para los servicios enumerados. Los Beneficios se procesarán de acuerdo con los términos de este Contrato cuando se realice el tratamiento. Los Presupuestos previos al tratamiento tienen validez durante 365 días a menos que otros servicios se reciban después de la fecha del Presupuesto previo al tratamiento, o hasta que ocurra alguno de los siguientes eventos:
- la fecha de vencimiento de este Contrato;
  - la fecha en que se enmienden los Beneficios en virtud de este Contrato, si los servicios incluidos en el Presupuesto previo al tratamiento son parte de la enmienda;
  - la fecha en la que finaliza la cobertura del Afiliado;
  - la fecha en que finalice el acuerdo del Proveedor con nosotros.
- c) Investigaremos las reclamaciones cuando corresponda. Esto incluye, entre otras cosas, derivar reclamaciones a consultores profesionales. Además, podremos obtener, en la medida permitida por la ley de California, de cualquier Dentista o de los hospitales en los que se proporcione la

atención de un Proveedor, la información y los registros relacionados con un Afiliado que necesitemos para determinar la reclamación, o podremos requerir que un Afiliado sea examinado por un consultor dental contratado por nosotros en la comunidad o residencia del Afiliado o cerca de ella. Dicha información y registros se mantendrán confidenciales.

- d) Pagaremos reclamaciones para aquellas personas incluidas en la lista de elegibilidad del Mercado de seguros de salud. Es posible que suspendamos las reclamaciones para los Afiliados si no se reciben todos los montos adeudados, por el monto y de la forma que exige la Sección 3. Además, no pagaremos reclamaciones a ninguna persona, a menos que esté incluida en la lista de elegibilidad mensual cuando se proporcionen los servicios dentales. Sin embargo, es posible que se cubra a un niño si se reciben el aviso de nacimiento y el pago en un plazo de 31 días después del nacimiento.
- e) Todos los pagos por servicios proporcionados por un Proveedor de la PPO o de Premier se realizarán directamente al Proveedor. Al Afiliado Principal se le realizarán todos los otros pagos estipulados por este Contrato. Todos los demás pagos se realizarán al Afiliado Principal o a sus herederos, excepto cuando la persona sea menor de edad o no sea competente para otorgar una renuncia válida, en cuyo caso, el pago podrá realizarse al padre, a la madre, al tutor o a otra persona que efectivamente le brinde sustento, a menos que se especifique lo contrario en una orden judicial válida.
- f) Entregar a cualquier Proveedor o Afiliado, previa solicitud, un Formulario de reclamación para presentar una reclamación por el pago de servicios en virtud de este Contrato.
- g) Notificar al Afiliado Principal si se deniega algún Beneficio por los servicios presentados en un Formulario de reclamación. Un Afiliado tiene 180 días a partir de que reciba un aviso de denegación para presentarnos una apelación por escrito en la que se manifiesten los motivos por los cuales se impugna la denegación. El Afiliado también puede solicitarnos que examinemos cualquier registro para respaldar una apelación. Revisaremos la denegación de conformidad con este Contrato y tomaremos una decisión. En caso de que el Afiliado Principal vuelva a apelar nuestra decisión ante el Titular del Contrato, ayudaremos al Titular del Contrato proporcionando la información necesaria para llevar a cabo la revisión.

2.02 **Proveedores de la PPO y de Premier.** Proporcionaremos a los Afiliados acceso a los Proveedores de Delta Dental PPO durante el Plazo del contrato. Al buscar en el sitio web de Delta Dental ([es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)), seleccione la red de Delta Dental PPO para ver una lista de Proveedores de la red de la cual elegir.

- El Titular del Contrato entiende y acepta que cualquier acuerdo entre Delta Dental y un Proveedor de la red es el de un contratista independiente. No seremos responsables de ninguna atención prestada o no prestada.
- No garantizamos la disponibilidad de ningún Proveedor ni se requiere que un Proveedor específico proporcione los servicios dentales.

### **SECCIÓN 3: OBLIGACIONES DEL TITULAR DEL CONTRATO**

3.01 **Informes y primas mensuales.** Procesaremos la elegibilidad y la inscripción según lo informado por el Mercado de seguros de salud. El Titular del Contrato es responsable de notificar al Mercado de seguros de salud las adiciones, los cambios o las cancelaciones que se hayan realizado durante el mes anterior según lo exija el Mercado de seguros de salud. Un Afiliado permanece inscrito hasta que el Titular del Contrato notifica al Mercado de seguros de salud de la terminación. Si el Afiliado pierde la cobertura o realiza cambios que afectan la elegibilidad, el Titular del Contrato debe notificar inmediatamente al Mercado de seguros de salud dicho cambio.

No seremos responsables de ningún dato incorrecto, incompleto, obsoleto o ilegible, ni de la información suministrada a nosotros, entre la que se incluye la información sobre elegibilidad e inscripción.

No efectuaremos ningún pago por los servicios prestados a un Afiliado que no sea informado a nosotros como elegible en virtud de este Contrato cuando se preste el servicio. Además, es posible que no cubramos los Beneficios para un Afiliado si no se pagan las Primas correspondientes al mes en que se prestan los servicios dentales, a excepción de lo que se establece en la Sección 3.05. No estaremos obligados a recuperar las reclamaciones pagadas a un Proveedor como resultado de los ajustes de elegibilidad retroactivos del Titular del Contrato. El Titular del Contrato acepta reembolsarnos cualquier pago de reclamación erróneo realizado por nosotros como resultado de la

notificación de elegibilidad incorrecta por parte del Titular del Contrato al Mercado de seguros de salud.

- 3.02 El Titular del Contrato nos permitirá auditar los registros del Titular del Contrato para confirmar el cumplimiento de la Sección 3 y de la EOC adjunta. Notificaremos por escrito al Titular del Contrato en un plazo razonable antes de la fecha de la auditoría.
- 3.03 El Titular del Contrato remitirá al Mercado de seguros de salud o a su administrador de terceros la Prima por la cantidad y de la manera que se indican en el Anexo *Información del grupo*.
- 3.04 Si este Contrato se rescinde antes de la finalización de un Plazo del contrato, el Titular del Contrato pagará cargos adicionales de acuerdo con la Sección 5.
- 3.05 Este Contrato no entrará en vigencia hasta que recibamos las Primas del primer mes. Las Primas posteriores se pagarán el primer día de cada mes. Nosotros, u otro representante autorizado, realizaremos las funciones administrativas necesarias para garantizar que la información de la Prima se mantenga en sus sistemas según se describe en la EOC adjunta y en esta sección. Administraremos el Periodo de gracia, los avisos y las quejas según se describe en la EOC adjunta y en esta sección. En caso de que este Contrato se rescinda al final del Periodo de gracia o por cualquier otro motivo, el Titular del Contrato enviará por correo de inmediato una copia fiel y legible de la rescisión a cada Afiliado. El Titular del Contrato deberá proporcionarnos constancia de dicho envío y la fecha de dicho envío.

#### SECCIÓN 4: RELACIÓN DE LAS PARTES

- 4.01 **Contratista independiente.** Somos un contratista independiente del Titular del Contrato.
- 4.02 **Indemnidad.** El Titular del Contrato eximirá, defenderá y mantendrá indemnes a nuestros directores, ejecutivos, Afiliados Principales, agentes y empresas afiliadas respecto de cualquier reclamación, intimación, responsabilidad, costo, daño, acción o procedimiento administrativo de cualquier tipo, incluidos los honorarios razonables de abogados, que surja del cumplimiento negligente o del incumplimiento, de parte del Titular del Contrato, de sus obligaciones en virtud del presente Contrato.  
  
Nosotros eximiremos, defenderemos y mantendremos indemnes al Titular del Contrato, sus directores, ejecutivos, Afiliados Principales, agentes y empresas afiliadas respecto de cualquier reclamación, intimación, responsabilidad, costo, daño, acción o procedimiento administrativo de cualquier tipo, incluidos los honorarios razonables de abogados, que surja del cumplimiento negligente o del incumplimiento, de nuestra parte, de nuestras obligaciones en virtud del presente Contrato.
- 4.03 **Imposibilidad de cumplimiento.** Ninguna de las partes será responsable ante la otra ni será considerada en infracción con respecto a este Contrato por faltas o retrasos en el cumplimiento que surjan por causas que estén fuera de su control razonable. Dichas causas se limitan estrictamente a casos fortuitos o de un enemigo público, explosión, incendio o condiciones climáticas inusualmente extremas. Las fechas y horas de ejecución se extenderán en la medida de los retrasos justificados por este párrafo, siempre que la parte afectada notifique inmediatamente a la otra de la existencia y la naturaleza del retraso.
- 4.04 **Divisibilidad.** Si un tribunal u otra autoridad determinan que alguna parte de este Contrato, o una enmienda de este, es ilegal, nula o no ejecutable, todas las demás partes de este Contrato permanecerán en pleno vigor y efecto.
- 4.05 Podremos rechazar, cancelar o no renovar la inscripción de un Afiliado en virtud de este Contrato si demostramos que el Afiliado cometió fraude o tergiversación intencionada de hechos sustanciales al obtener Beneficios en virtud de este Contrato.  
  
Si un Afiliado o Titular del Contrato cree que la cobertura fue o será indebidamente anulada o cancelada, o que no será renovada, puede solicitar una revisión al Director del Departamento de Atención Médica Administrada de California, de conformidad con el artículo 1365(b) del Código de Salud y Seguridad de California.
- 4.06 **Relaciones con los proveedores.** El Titular del Contrato y Delta Dental acuerdan permitir y promover que la relación profesional entre el Proveedor y el Afiliado se mantenga sin interferencia alguna. Cualquier proveedor PPO, Premier o que no sea de Delta Dental, incluido cualquier Proveedor o Afiliado Principal asociado con ellos o empleado por ellos, que proporcione servicios dentales a los

Afiliados lo hace en calidad de contratista independiente y será el único responsable del asesoramiento dental y de la prestación de servicios dentales, o la falta de estos, ante el Afiliado.

## SECCIÓN 5: RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

- 5.01 El plazo inicial del presente Contrato será por el periodo establecido en el Anexo *Información del grupo*.
- 5.02 El Titular del Contrato recibirá información de renovación del Mercado de seguros de salud antes de cualquier periodo de inscripción abierta aplicable. Siempre que nosotros continuemos ofreciendo este Plan a través del Mercado de seguros de salud en el momento del periodo de renovación, el Titular del Contrato podrá optar por continuar ofreciendo cobertura en virtud de este Contrato a los Afiliados elegibles, sujeto a la Prima aplicable disponible a través del Mercado de seguros de salud para este Contrato en el momento de la renovación. Deberá consultar las pautas del Mercado de seguros de salud en lo que respecta a la renovación automática de la cobertura.
- Siempre que el Titular del Contrato continúe permitiendo que los Afiliados Principales elijan cobertura con nosotros a través de este Contrato, y siempre que nosotros continuemos ofreciendo este Plan a través del Mercado de seguros de salud, los Afiliados Principales podrían no tener que hacer una elección a través del Mercado de seguros de salud en los periodos de inscripción abierta posteriores para continuar con la cobertura.
- 5.03 En el caso de que perdamos la certificación del Mercado de seguros de salud, debemos dar por terminada la cobertura para los Afiliados solo después de que el Mercado de seguros de salud haya notificado a los Afiliados acerca del retiro de la certificación y los Afiliados afectados tengan la oportunidad de elegir una nueva cobertura.
- 5.04 Este Contrato podrá ser rescindido únicamente por las siguientes causas:
- Por el Titular del Contrato o por nosotros, en la fecha de vencimiento del Plazo del contrato, previo aviso por escrito con 60 días de antelación.
  - Por nosotros, si no se pagan las Primas el último día del Periodo de gracia o antes. Consulte la disposición “Cancelación de la inscripción por falta de pago de la Prima” en la EOC adjunta.
- 5.05 Administraremos el Periodo de gracia, los avisos y las quejas según se describe en la EOC adjunta.
- 5.06 En el caso de que este Contrato se dé por terminado en virtud de la Sección 5.04, segundo punto, el Titular del Contrato nos deberá las Primas adeudadas que hayan quedado impagas antes de la terminación de este Contrato.
- 5.07 Si el Titular del Contrato nos notifica que tiene la intención de dar por terminado este Contrato mediante notificación por escrito con menos de 60 días de antelación, se aplicará la Sección 5.06 como si diésemos por terminado este Contrato en virtud de la Sección 5.04, segundo punto. Si el Titular del Contrato elige retirarse del Mercado de seguros de salud, este último nos notificará que debemos dar por terminado este Contrato, y terminará cualquier cobertura para los Afiliados.
- 5.08 En el caso de que nosotros cancelemos o el Titular del Contrato cancele la inscripción, le devolveremos al Titular del Contrato la parte proporcional de las Primas que se nos hubiesen pagado correspondiente a cualquier periodo no vencido por el cual se haya recibido el pago, junto con cualquier cantidad adeudada por reclamaciones, si hubiera, menos cualquier cantidad que se nos adeude a nosotros. Esta disposición no se aplicará si el Titular del Contrato o el Afiliado cometen fraude o estafa para obtener Beneficios de nosotros, o intencionalmente permitió dicho fraude o estafa por parte de otra persona.
- 5.09 Nuestra aceptación de las Primas correspondientes después de la cancelación de este Contrato, sin necesidad de una nueva solicitud, reactivará este Contrato como si nunca se hubiese cancelado, a menos que nosotros, en un plazo de 20 días hábiles a partir de la recepción de dicho pago:
- 1) rechace el pago hecho de tal forma, o
  - 2) le emitamos al Titular del Contrato un nuevo Contrato acompañado de un aviso por escrito en el que se indiquen claramente los aspectos en los que el nuevo Contrato difiere de este Contrato terminado en materia de Beneficios, cobertura u otro aspecto.
- 5.10 En el caso de que este Contrato se rescinda al final del Periodo de gracia como se describe en la Sección 3.05 o por cualquier otro motivo, el Titular del Contrato enviará por correo de inmediato una

copia fiel y legible de la rescisión a cada Afiliado. El Titular del Contrato deberá proporcionarnos constancia de dicho envío y la fecha de dicho envío.

- 5.11 Administraremos el Periodo de gracia, los avisos y las quejas según se describe en la EOC adjunta.
- 5.12 No tendremos la obligación de realizar un presupuesto previo al tratamiento si este Contrato termina por cualquier motivo, ni tendremos la obligación de pagar los servicios prestados después de la fecha de terminación, excepto para la finalización de procedimientos únicos que se hayan iniciado mientras este Contrato estaba vigente según lo indicado en la EOC adjunta.
- 5.13 La cancelación de la inscripción de un Afiliado Principal automáticamente cancelará la inscripción de sus Afiliados dependientes. Cualquier cancelación se encuentra sujeta a los requisitos de notificación por escrito estipulados en el Contrato y en la ley de California. Un Afiliado o Titular del Contrato que crea que la cobertura ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente tiene derecho a presentar una queja al menos 180 días después de la fecha del aviso que el Afiliado o Titular del Contrato alega que es inapropiado ante nosotros o ante el Departamento de Atención Médica Administrada de California (“DMHC”, por sus siglas en inglés). Les comunicaremos al Afiliado o al Titular del Contrato y al DMHC una resolución o les informaremos sobre el estado pendiente de la queja dentro de los tres (3) días calendario de la recepción de la queja por parte de nosotros.

En el caso de las quejas presentadas antes de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación, rescisión o no renovación, por razones distintas a la falta de pago de la Prima, seguiremos proporcionando cobertura mientras la queja esté pendiente con nosotros o con el DMHC. Durante el periodo de continuación de la cobertura, el Afiliado Principal es responsable de pagar las Primas y todos los copagos, los coseguros o las cantidades deducibles que se exijan en virtud de este Plan.

#### **OPCIÓN 1: ENVIAR UNA RECLAMACIÓN A SU PLAN.**

Puede enviar sus quejas en línea en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com), o llamar al 800-471-0173 o escribir a:  
Delta Dental of California  
Attn: Correspondence Department  
P.O. Box 1860  
Alpharetta, GA 30023-1860

Las quejas pueden enviarse a nosotros primero si el Titular del Contrato cree que la cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las reclamaciones deben enviarse lo antes posible.

Resolveremos la queja o proporcionaremos un estado pendiente dentro de los tres (3) días calendario. Si el Titular del Contrato no recibe una respuesta nuestra en un plazo de tres (3) días calendario, o si el Titular del Contrato no está satisfecho de alguna manera con nuestra respuesta, puede presentar una queja ante el DMHC como se detalla en la opción 2 a continuación.

#### **OPCIÓN 2: ENVIAR UNA RECLAMACIÓN DIRECTAMENTE AL DMHC.**

Las quejas pueden presentarse ante el DMHC sin presentarlas primero a nosotros o después de recibir nuestra decisión sobre la queja del Titular del Contrato. Las quejas se pueden enviar al DMHC en línea en [www.Healthhelp.ca.gov](http://www.Healthhelp.ca.gov) o por escrito a la siguiente dirección:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725

El Titular del Contrato puede ponerse en contacto con el DMHC para obtener más información sobre la presentación de una reclamación en:

Teléfono: 1-888-466-2219  
TDD: 1-877-688-9891  
Fax: 1-916-255-5241

- 5.14 **Reactivación de la cobertura.** Si se determina que la cancelación, rescisión o no renovación, incluida una cancelación por falta de pago de la Prima, es inapropiada, la cobertura podrá reactivarse con carácter retroactivo a la fecha de cancelación, rescisión o no renovación. El Titular del Contrato o el Afiliado Principal, si el Afiliado Principal es responsable de pagar la Prima, son responsables del pago de todos y cada uno de los montos pendientes de las Primas acumulados desde la fecha de entrada en vigencia de la cancelación, rescisión o no renovación antes de la reactivación. Cualquier Prima pendiente debe pagarse antes de la reactivación.

## SECCIÓN 6: DISPOSICIONES GENERALES

- 6.01 **Integridad del contrato; cambios.** El presente Contrato, incluidos la EOC y los Anexos, constituye el acuerdo íntegro entre las partes. Ningún agente tiene autoridad para cambiar este Contrato o renunciar a cualquiera de sus disposiciones. Ningún cambio en este Contrato será válido, a menos que lo apruebe nuestro oficial ejecutivo.
- 6.02 **Conformidad con las leyes aplicables.** Todas las cuestiones legales acerca de este Contrato se regirán por el estado de California donde se celebró y se ejecutará este Contrato. Cualquier parte de este Contrato que entre en conflicto con las leyes de California, específicamente el Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California y el Capítulo 1 de la División 1, del Título 28 del Código de Regulaciones de California o la ley federal, se enmienda por la presente para cumplir con los requisitos mínimos de dichas leyes. Cualquier disposición que deba formar parte de este Contrato según lo mencionado anteriormente será vinculante para nosotros, independientemente de si se incluyó o no en este Contrato.
- 6.03 **Tergiversación de la información en la solicitud; efecto.** En ausencia de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales al solicitar o adquirir cobertura en virtud de los términos de este Contrato, todas las declaraciones hechas por el Titular del Contrato se considerarán manifestaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones se utilizará como defensa ante una reclamación en virtud de este Contrato, a menos que aparezca en un documento por escrito firmado por el Titular del Contrato, del cual se haya entregado una copia al Titular del Contrato.
- 6.04 **Acciones legales.** No se presentará ninguna acción conforme a derecho o equidad para obtener una compensación con respecto a este Contrato antes de que transcurran 60 días luego de que la prueba por escrito de la pérdida se haya presentado de acuerdo con los requisitos de este Contrato. Tampoco se presentará ninguna acción después del vencimiento de tres (3) años posteriores al plazo en el que debe presentarse la prueba por escrito de la pérdida.
- 6.05 **Carácter no sustitutivo de la indemnización por accidentes de trabajo.** Este Contrato no reemplaza ni afecta ningún requisito de cobertura del seguro de compensación para trabajadores.
- 6.06 **EOC.** Proporcionaremos al Titular del Contrato acceso electrónico a una EOC que resuma los Beneficios a los que tienen derecho los Afiliados y a quién se pagan los Beneficios. El Titular del Contrato proporcionará acceso a la EOC a cada Empleado que elija la cobertura en virtud de este Contrato. También proporcionaremos una copia impresa al Afiliado o al Titular del Contrato previa solicitud o si así lo exige el Mercado de seguros de salud. La EOC no se puede ceder y los Beneficios no se pueden ceder antes de una reclamación. Si cualquier enmienda a este Contrato afectara sustancialmente a cualquier Beneficio descrito en la EOC, se emitirá una nueva EOC o una enmienda que muestre el cambio.
- 6.07 **SDBC.** El Titular del Contrato proporcionará a cada Afiliado Principal acceso electrónico a un SDBC proporcionado por nosotros.
- 6.08 **Publicaciones acerca del programa.** El Titular del Contrato y Delta Dental acuerdan consultarse con respecto a todo el material publicado o distribuido acerca de este Contrato, según sea razonablemente práctico. No se publicará ni distribuirá ningún material que entre en conflicto con los términos de este Contrato.
- 6.09 **Avisos.** Todos los avisos formales en virtud de este Contrato deben realizarse por escrito y enviarse por correo electrónico, fax, correo de primera clase de Estados Unidos, servicio de entrega al día siguiente o entrega personal. La notificación por correo de los Estados Unidos entrará en vigencia 48 horas después del envío con franqueo prepagado completo.
- El Titular del Contrato designará por escrito a un representante a los efectos de recibir avisos de nuestra parte en virtud del presente Contrato. El Titular del Contrato puede cambiar de representante en cualquier momento notificándonoslo por escrito con 30 días de antelación. El representante del Titular del Contrato distribuirá los avisos a los Afiliados en un plazo de 30 días a partir de su recepción.
- 6.10 **Indisputabilidad.** Después de que este Contrato haya estado en vigencia durante tres (3) años a partir de la fecha de entrada en vigencia, no se utilizará ninguna declaración del Titular del Contrato para anularlo. No se utilizará ninguna declaración por parte de un Afiliado Principal con respecto a la asegurabilidad del Afiliado para reducir o denegar una reclamación o impugnar la validez del seguro



para dicho Afiliado después de que la cobertura de esa persona haya estado en vigencia durante tres (3) años o más durante toda la vida del Afiliado.

No se reducirá ni denegará una reclamación por siniestro o discapacidad en el que se haya incurrido a partir de los tres (3) años posteriores a la fecha de emisión de este Contrato sobre la base de que una enfermedad o condición física no excluida de la cobertura por nombre o descripción específica vigente a la fecha del siniestro ya existía antes de la fecha de entrada en vigencia de este Contrato.

- 6.11 **Cumplimiento de las reglas de simplificación administrativa, seguridad y privacidad.** El Titular del Contrato y Delta Dental cumplirán, en todo aspecto, con todas las leyes y reglamentaciones federales, estatales y locales aplicables en materia de simplificación administrativa, seguridad y privacidad de la información individual identificable del Afiliado, incluida la celebración de un Acuerdo de Asociación Comercial conforme lo exige la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud de 1996 (“HIPPA”, por sus siglas en inglés). El Titular del Contrato y Delta Dental acuerdan que el presente Contrato incorporará los términos que sean necesarios y aplicables para celebrar los acuerdos requeridos (es decir, el acuerdo de asociación comercial) para cumplir con las reglamentaciones federales emitidas en virtud de la HIPAA y de la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Economía y la Salud Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés) o para cumplir con cualquier otra ley o reglamentación que se haya promulgado en materia de simplificación administrativa, seguridad o privacidad.
- 6.12 **Administrador externo (“TPA”, por sus siglas en inglés).** Podemos usar los servicios de un TPA que esté registrado apropiadamente conforme a las leyes estatales aplicables, para que brinde servicios en virtud de este Contrato. Todo TPA que brinde dichos servicios o reciba dicha información celebrará un acuerdo de asociación comercial independiente con nosotros en el que se establezca que el TPA cumple con los requisitos de la HIPAA y de la HITECH para la preservación de la información de la salud protegida de los Afiliados.
- 6.13 **Compañía principal.** Somos un miembro del sistema de la compañía principal de seguros de Delta Dental of California (la “empresa”). Existen acuerdos de servicio entre las compañías afiliadas y controladas de la empresa. Somos parte de algunos de estos acuerdos de servicio y se espera que los servicios, que incluyen ciertas tareas ministeriales, continúen siendo desempeñados por estas compañías afiliadas y controladas, que operan bajo estrictos acuerdos de confidencialidad o de asociación comercial. Todos estos acuerdos de servicio han sido aprobados por las respectivas agencias normativas.
- 6.14 **Confidencialidad mutua.** El Titular del Contrato y Delta Dental acuerdan mantener la información confidencial utilizando el mismo grado de cuidado (que no será menos que un cuidado razonable) que cada uno de ellos utiliza para proteger su propia información confidencial de naturaleza similar, y se obligan a utilizar la información confidencial solo para fines específicos. La información confidencial incluye cualquier información que el propietario considere confidencial, ya sea marcada como confidencial o claramente identificable como confidencial, e incluye información no conocida de forma general por el público o por partes que son competitivas con o de otro modo en un sector, comercio o negocio similar al propietario de la información confidencial. El destinatario de la información confidencial notificará al propietario de cualquier divulgación no autorizada o violación de la confidencialidad lo antes posible tras su descubrimiento y sin demora injustificada.
- 6.15 **Marcas comerciales; marcas de servicio.** A menos que se permita específicamente en este Contrato, ninguna de las partes utilizará el nombre, las marcas comerciales, las marcas de servicio u otra marca de propiedad de la otra parte sin la aprobación previa por escrito de la otra parte.

## SECCIÓN 7: ANEXOS

Estos documentos se adjuntan a este Contrato y forman parte de él:

- INFORMACIÓN DEL GRUPO
- EOC (XGE-CA-ENT-24)

## INFORMACIÓN DEL GRUPO

**Titular del contrato:**

**Fecha de entrada en vigencia:**

**Plazo del contrato:**

**Número del grupo:**

**Pago de la prima:**

Cada prima se debe pagar al Mercado de seguros de salud. Póngase en contacto con el Mercado de seguros de salud para obtener la dirección de envío adecuada.

**Prima mensual:**



A REGISTERED MARK OF DELTA DENTAL PLANS ASSOCIATION



# Delta Dental PPO™

## Family Dental PPO

### para pequeñas empresas

Nombre del grupo

N.º de grupo

Fecha de entrada en vigencia

#### *Formulario de divulgación y Evidencia de cobertura (“EOC”) combinados*

#### *Proporcionado por:*

Delta Dental of California  
560 Mission Street, Suite 1300  
San Francisco, California 94105  
800-471-0173 (TTY: 711)  
[es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)

[CoveredCA.com](http://CoveredCA.com)

800-300-1506 (TTY: 888-889-4500)

**AVISO:** ESTA EOC ES SOLO UN RESUMEN DE SU PLAN DENTAL DE GRUPO Y SU EXACTITUD DEBE VERIFICARSE ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO. COMO LO ESTABLECE EL CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE CALIFORNIA, EL PRESENTE TIENE POR OBJETO INFORMARLE QUE DEBE CONSULTAR EL CONTRATO PARA CONOCER LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES EXACTOS DE LA COBERTURA. ESTA INFORMACIÓN NO ES UNA GARANTÍA DE BENEFICIOS, SERVICIOS, O PAGOS CUBIERTOS.

NUESTRAS POLÍTICAS Y NUESTROS PROCEDIMIENTOS PARA MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS REGISTROS MÉDICOS SE ENCUENTRAN A SU DISPOSICIÓN Y LE SERÁN ENTREGADOS SI ASÍ LO SOLICITA.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
DEFINICIONES.....	3
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN .....	8
CANCELACIÓN DE LA COBERTURA REALIZADA POR USTED.....	8
CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA COBERTURA DE PARTE NUESTRA ..	9
PANORAMA GENERAL DE LOS BENEFICIOS DENTALES.....	12
CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR .....	15
QUEJAS Y APELACIONES.....	19
DISPOSICIONES GENERALES.....	20
<b>ANEXOS:</b>	
<b>ANEXO A: DEDUCIBLES, LÍMITES MÁXIMOS, NIVELES DE BENEFICIOS DEL CONTRATO Y COSEGUROS DEL AFILIADO</b>	
<b>ANEXO B: SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES</b>	
<b>ANEXO C: INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE DELTA DENTAL PPO</b>	

## INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan de Delta Dental PPO (el “Plan”). Su empleador (el “Titular del Contrato”) ha elegido participar en el Mercado de seguros de salud y usted ha seleccionado Delta Dental of California (“Delta Dental”) para satisfacer sus necesidades dentales. Este Plan está respaldado y administrado por Delta Dental.

Nuestra meta es proveerle la más alta calidad en cuidado dental y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere a tener un problema para ir al Dentista, sino que lo consulte regularmente.

Su empleador determina la elegibilidad en virtud de este Plan. Este Plan le ofrece Beneficios dentales a niños y adultos, como se define en las siguientes secciones:

- *Requisitos de elegibilidad para los Beneficios pediátricos (“Beneficios de salud esenciales”)*
- *Requisitos de elegibilidad para los Beneficios para adultos*

## Uso de esta EOC

Esta EOC, incluidos los Anexos, contiene los términos y las condiciones de su cobertura y está diseñada para ayudarlo a aprovechar su plan dental al máximo. Lo ayudará a comprender cómo funciona este Plan y cómo obtener cuidado dental. Lea esta EOC con atención y en su totalidad. Recuerde que las palabras “usted” y “su” hacen referencia a las personas que tienen cobertura en virtud de esta EOC. Las palabras “nosotros”, “nos” y “nuestros” siempre hacen referencia a Delta Dental. Lea también la sección “Definiciones” ya que en ella se explican todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos. Las personas con Necesidades especiales de cuidado de la salud deben leer la disposición “Necesidades especiales de cuidado de la salud”.

## Solicitud de comunicaciones confidenciales

Puede solicitar recibir comunicaciones acerca de su información de la salud protegida de nosotros en una ubicación alternativa o mediante un método alternativo. Si desea enviar una nueva solicitud de comunicaciones confidenciales, o revisar o cancelar una existente, envíela por correo electrónico a [departmentriskethicsandcompliance@delta.org](mailto:departmentriskethicsandcompliance@delta.org), por correo postal a la dirección que figura a continuación o visite nuestro sitio web. Su solicitud será válida hasta que la cancele o envíe una nueva.

**Esta EOC *no* es un Resumen descriptivo del plan en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (“ERISA”, por sus siglas en inglés).**

**Número de identificación:** debe proporcionar su número de identificación (“ID”) a su Proveedor de Delta Dental cada vez que reciba servicios dentales. Su número de identificación debe incluirse en todas las reclamaciones presentadas para el pago. No se requieren tarjetas de identificación, pero puede obtener una visitando nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

**Contrato:** las explicaciones de beneficios incluidas en esta EOC están sujetas a todas las disposiciones del Contrato que su empleador tenga registradas en archivo y no modifican los términos y condiciones del Contrato en modo alguno. Todo conflicto directo entre el Contrato y esta EOC se resolverá según los términos que sean más favorables para Usted. Se le proporcionará una copia del Contrato si lo solicita.

**Contáctenos:** para obtener más información, visite nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com) o llame a nuestra línea de Atención al Cliente. Un representante puede ayudarlo si necesita que le respondan preguntas acerca de su plan, que le expliquen los beneficios, encontrar un Proveedor de Delta Dental, servicios de asistencia en otros idiomas, presentar o consultar el estado de una reclamación o presentar una queja. También puede acceder a nuestra línea de información automatizada llamando al **800-471-0173** para obtener información acerca de su elegibilidad, sus beneficios o el estado de sus reclamaciones. Si prefiere escribirnos, comuníquese por correo a:

Delta Dental of California  
P.O. Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330



Lic. Michael G. Hankinson  
Vicepresidente ejecutivo, director de Asuntos Jurídicos

## DEFINICIONES

Las siguientes son definiciones de términos que tienen significados técnicos o especiales en el marco de esta EOC.

**Cargo aceptado:** la cantidad que el Proveedor que lo atiende acepta recibir como pago total por los servicios prestados.

**Beneficios para adultos:** servicios dentales cubiertos por esta EOC para personas mayores de 19 años.

**Beneficios:** las cantidades que pagaremos por los servicios dentales cubiertos en virtud de esta EOC.

**Cargo facturado:** factura que proporciona, como mínimo, un detalle exacto de las cantidades de las Primas adeudadas, las fechas de vencimiento y el periodo de tiempo cubierto por las Primas.

**Formulario de reclamación:** el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación, solicitar un Presupuesto previo al tratamiento o solicitar una autorización previa.

**Contrato:** el acuerdo entre Delta Dental y el Titular del Contrato, incluido cualquier Anexo, en virtud del cual Delta Dental emitió esta EOC.

**Titular del Contrato:** empleador que el Mercado de seguros de salud considera elegible y que ha contratado Beneficios en virtud de este Plan a través del Mercado de seguros de salud.

**Nivel de beneficios del contrato:** el porcentaje del Límite máximo autorizado en el contrato que pagaremos nosotros.

**Plazo del contrato:** el periodo durante el cual el Contrato está en vigencia.

**Año del contrato:** los 12 meses a partir de la Fecha de entrada en vigencia y cada periodo de 12 meses de ahí en adelante.

**Deducible:** la cantidad en dólares que usted debe pagar por ciertos servicios cubiertos antes de que nosotros comencemos a pagar los Beneficios.

**Cargo contratado de Delta Dental PPO (“Cargo contratado del Proveedor de la PPO”):** el cargo por cada Procedimiento único que un Proveedor de la PPO aceptó recibir, por Contrato, como pago total por los servicios cubiertos en virtud de este Plan.

**Proveedor de Delta Dental PPO (“Proveedor de la PPO”):** Proveedor que celebra un Contrato con nosotros o con cualquier otra compañía miembro de la Asociación de Planes de Delta Dental y que acepta recibir el Cargo contratado de Delta Dental PPO como pago total por los servicios cubiertos prestados en virtud de este plan dental PPO. Un Proveedor de la PPO también acepta cumplir con nuestras guías administrativas.

**Cargo contratado de Delta Dental Premier<sup>®</sup> (“Cargo contratado del Proveedor de Premier”):** el cargo por cada Procedimiento único que un Proveedor de Premier aceptó recibir, por Contrato, como pago total por los servicios cubiertos en virtud de este Plan.

**Proveedor de Delta Dental Premier (“Proveedor de Premier”):** Proveedor que celebra un Contrato con nosotros o con cualquier otra compañía miembro de la Asociación de Planes de Delta Dental y que acepta recibir el Cargo contratado de Delta Dental Premier como pago total por los servicios cubiertos prestados en virtud de este Plan. Un Proveedor de Premier también acepta cumplir con nuestras guías administrativas.

**Área de servicio de Delta Dental:** todas las áreas geográficas del estado de California en las que tenemos licencia profesional como plan de servicios del cuidado de la salud especializado para ofrecer este Plan.

**Departamento de Atención Médica Administrada:** departamento de la Agencia de Salud y Servicios Humanos de California que tiene a su cargo la regulación de los planes de servicios del cuidado de la salud especializados. También se denomina “Departamento” o “DMHC” (Department of Managed Health Care).

**Fecha de entrada en vigencia:** la fecha original en la que comienza el Contrato.

**Dependiente Elegible:** persona que es dependiente de un Empleado Elegible. Los Dependientes Elegibles son elegibles para recibir Beneficios pediátricos o Beneficios para adultos, según se describe en esta EOC.

**Empleado Elegible:** individuo empleado por el Titular del Contrato y elegible para recibir Beneficios. Los Empleados Elegibles son elegibles para recibir Beneficios pediátricos o Beneficios para adultos en virtud de esta EOC.

**Individuo Pediátrico Elegible:** persona que es dependiente de un Empleado Elegible y que es elegible para inscribirse en el programa de Beneficios pediátricos, tal como se describe en esta EOC.

**Enfermedad dental de emergencia:** dolor o síntomas dentales de tal gravedad que una persona razonable consideraría que, sin la atención inmediata de un Proveedor, podría existir la posibilidad razonable de que se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- pone la salud del paciente en peligro grave;
- genera un deterioro grave de las funciones corporales;
- produce una disfunción grave de alguna parte u órgano del cuerpo; o
- fallecimiento.

**Servicio dental de emergencia:** pruebas, exámenes y evaluaciones dentales a cargo de un Proveedor o, en la medida en la que lo permitan las leyes aplicables, de otras personas con la licencia correspondiente bajo la supervisión de un Proveedor, con el fin de determinar si existe una Enfermedad dental de emergencia y, de ser así, la atención, el tratamiento y la cirugía, si están dentro del alcance de la licencia profesional de la persona, necesarios para aliviar o eliminar la Enfermedad dental de emergencia, dentro de las capacidades del centro.

**Afiliado:** Empleado Elegible (“Afiliado Principal”), Dependiente Elegible (“Afiliado Dependiente”) o Individuo Pediátrico Elegible (“Afiliado Pediátrico”) inscrito para recibir Beneficios; las personas elegibles e inscritas para recibir Beneficios para adultos también podrían denominarse “Afiliados Adultos”.

**Fecha de entrada en vigencia del Afiliado:** la fecha en que el Mercado de seguros de salud informa que comenzará la cobertura para cada Afiliado.

**Pagos del afiliado:** la obligación financiera de un Afiliado por los servicios recibidos que se calcula como la diferencia entre la cantidad mostrada como Cargo aceptado y la porción mostrada como “Delta Dental paga” en el informe de reclamaciones cuando se procesa una reclamación.

**Beneficios de salud esenciales (“Beneficios pediátricos”):** a los fines de esta EOC, los Beneficios de salud esenciales son ciertos servicios pediátricos bucales que se deben incluir en este Plan en virtud de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Las agencias estatales y federales determinan qué servicios se consideran Beneficios de salud esenciales, los cuales están disponibles para los Individuos Pediátricos Elegibles.

**Mercado de seguros de salud:** el Mercado de seguros de salud de California, también denominado “Covered California™”.

**Periodo de gracia:** el periodo de al menos 30 días consecutivos a partir del día en que se produce el Aviso del inicio del periodo de gracia.

**Límite máximo:** la cantidad máxima en dólares que pagaremos por el costo de la atención dental cubierta en virtud de este Plan.

**Límite máximo autorizado en el contrato:** el reembolso dentro de su plan de Beneficios sobre el cual calculamos nuestro pago y su obligación financiera. Sujeto a ajustes por dificultad extrema o circunstancias inusuales, el Límite máximo autorizado en el contrato por servicios prestados es uno de los siguientes:

- por un Proveedor de la PPO son los cargos presentados o el Cargo contratado del Proveedor de la PPO, lo que sea menor;

- por un Proveedor de Premier son los cargos presentados o el Cargo contratado del Proveedor de la PPO para un Proveedor de la PPO en la misma área geográfica, lo que sea menor;
- por un Proveedor que no es de Delta Dental son los cargos presentados o el Cargo contratado del Proveedor de la PPO para un Proveedor de la PPO en la misma área geográfica, lo que sea menor;

**Proveedor que no es de Delta Dental:** Proveedor que no es un Proveedor de la PPO ni un Proveedor de Premier y que no está obligado por Contrato a acatar nuestras guías administrativas.

**Aviso de fin de cobertura:** el aviso que le enviamos para avisarle que su cobertura se ha cancelado.

**Aviso del inicio del periodo de gracia:** el aviso que le enviamos para notificarle que la cobertura se cancelará, a menos que la cantidad de la Prima adeudada se reciba a más tardar el último día del Periodo de gracia.

**Periodo de inscripción abierta:** el periodo del año establecido por el empleador en el que los Empleados Elegibles pueden cambiar sus selecciones de cobertura para el siguiente Año del contrato.

**Límite máximo de los gastos de bolsillo:** la cantidad máxima que debe pagar un Afiliado Pediátrico por los Beneficios durante el Año del contrato siempre que se utilice un Proveedor de la PPO. El Coseguro del Afiliado y otros costos compartidos, incluidos los saldos facturados, continuarán aplicándose a los servicios cubiertos de Proveedores de Premier o de Proveedores que no son de Delta Dental, incluso después de que se alcance el Límite máximo de los gastos de bolsillo .

**Presupuesto previo al tratamiento:** presupuesto de los Beneficios permitidos en virtud de esta EOC para los servicios propuestos, suponiendo que la persona es un Afiliado elegible.

**Código de procedimiento:** el número del Current Dental Terminology® (“CDT”) asignado a un Procedimiento único por la American Dental Association®.

**Proveedor:** persona con la licencia correspondiente para practicar la odontología en el momento y el lugar donde se brinden servicios. Un Proveedor también incluye a una asociación dental, una corporación profesional dental o una clínica dental. También se denomina Dentista.

**Cambio de estado que califica:**

- cambio en el estado civil (matrimonio, divorcio, separación legal, anulación o fallecimiento);
- cantidad de dependientes (nacimiento de un hijo, adopción de un hijo, colocación para adopción de un hijo, adición de un hijastro o fallecimiento de un hijo);
- hijo dependiente deja de cumplir los requisitos de elegibilidad;
- residencia (el Afiliado se muda);
- orden judicial que exige la cobertura de un dependiente;
- pérdida de la cobertura esencial mínima; o bien
- cualquier otro cambio de elección actual o futuro permitido por la Sección 125 del Código de Impuestos Interno o del Mercado de seguros de salud.

**Procedimiento único:** un procedimiento dental al que se le asigna un Código de procedimiento separado.

**Necesidad especial de cuidado de la salud:** una enfermedad, limitación o incapacidad física o mental que interfiere considerablemente con la capacidad del Afiliado para obtener Beneficios. Algunos ejemplos de este tipo de Necesidades especiales de cuidado de la salud son: 1) la incapacidad del Afiliado para obtener acceso al centro del Proveedor debido a una discapacidad física y 2) la incapacidad del Afiliado para cumplir con las indicaciones del Proveedor durante el examen o el tratamiento debido a una discapacidad física o incapacidad mental.

**Cónyuge:** persona relacionada con el Afiliado principal o la pareja doméstica del Afiliado Principal:

- según se defina y según sea necesario tratar como Cónyuge conforme a las leyes del estado



en el que se emita y se entregue este Contrato;

- según se defina y según sea necesario tratar como Cónyuge conforme a las leyes del estado donde viva el Afiliado Principal; o
- según pueda reconocerlo el Titular del Contrato.

**Cargo presentado:** la cantidad que el Proveedor factura e ingresa en un formulario de reclamación para un procedimiento específico.

**Teleodontología:** la prestación de servicios dentales a través de telesalud o telecomunicaciones, que pueden incluir el uso de servicios en tiempo real, videollamada (servicios sincrónicos) o información almacenada y enviada para revisión posterior (servicios asincrónicos).

**Periodo de espera:** la cantidad de tiempo que un Afiliado debe estar inscrito en virtud de este Plan para que determinados servicios tengan cobertura.

**Nosotros, nos y nuestro:** Delta Dental

**Usted y su:** las personas que tienen cobertura en virtud de este Plan.

## ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

El Mercado de seguros de salud es responsable de establecer la elegibilidad e informarnos de las inscripciones con base en la información del empleador. Nosotros procesamos la inscripción según nos informe el Mercado de seguros de salud.

Esta EOC incluye Beneficios pediátricos y Beneficios para adultos. Los Afiliados son elegibles para recibir Beneficios pediátricos o para adultos de acuerdo con los requisitos que se detallan a continuación:

### Requisitos de elegibilidad para los Beneficios pediátricos

Los Afiliados Pediátricos elegibles para los Beneficios pediátricos son los siguientes:

- un Afiliado Principal de 19 años; o
- el Cónyuge menor de 19 años y los hijos dependientes del Afiliado Principal desde el nacimiento hasta los 19 años. Los hijos dependientes incluyen hijos biológicos, hijastros, hijos adoptados, niños en proceso de adopción e hijos de un Cónyuge.

### Requisitos de elegibilidad para los Beneficios para adultos

Los Afiliados Adultos elegibles para recibir los Beneficios para adultos son los siguientes:

- un Afiliado Principal mayor de 19 años de edad, o
- el Cónyuge mayor de 19 años y los hijos dependientes del Afiliado Principal desde los 19 hasta los 26 años. Los hijos dependientes incluyen hijos biológicos, hijastros, hijos adoptados, niños en proceso de adopción e hijos de un Cónyuge.

Los hijos dependientes mayores de 26 años pueden continuar siendo elegibles para recibir Beneficios para adultos en los siguientes casos:

- 1) Son incapaces de tener un empleo para mantenerse a sí mismos debido a una lesión, una enfermedad o a un estado clínico que lo incapacita física o mentalmente.
- 2) Dependen principalmente del Afiliado Principal o del Cónyuge para recibir sostenimiento y manutención.
- 3) Le notificaremos al Afiliado Principal al menos 90 días antes de la fecha en que el hijo dependiente cumpla la edad límite que su cobertura finalizará, a menos que recibamos pruebas de los criterios descritos anteriormente en un plazo de 60 días contados a partir de que el Afiliado Principal reciba nuestra notificación. Dichas solicitudes no se realizarán más de una vez por año tras un periodo de dos (2) años luego de que este hijo dependiente alcance la edad límite. La elegibilidad continuará mientras el hijo dependiente dependa del Afiliado Principal o del Cónyuge para su sostenimiento y manutención debido a una lesión, una enfermedad o a un estado clínico que lo incapacita física o mentalmente.

## Inscripción

Es posible que usted deba contribuir con el costo de la cobertura para usted, los Afiliados Dependientes y los Afiliados Pediátricos. El Mercado de seguros de salud es responsable de establecer la Fecha de entrada en vigencia de la inscripción del Afiliado.

Los Empleados Elegibles pueden inscribirse para recibir cobertura durante el Periodo de inscripción abierta o debido a un Cambio de estado que califica. Los dependientes que se encuentren en el servicio militar activo no son elegibles.

## CANCELACIÓN DE LA COBERTURA REALIZADA POR USTED

Usted tiene derecho a cancelar la cobertura de este Plan. Para hacerlo, deberá enviarnos a nosotros o al Mercado de seguros de salud un aviso por escrito de su intención de cancelar este Plan. La fecha de entrada en vigencia de una cancelación solicitada será de al menos 14 días después de que recibamos la solicitud de cancelación. Notificaremos al Titular del Contrato sobre cualquier solicitud de cancelación recibida de los Empleados. Si la cobertura se cancela porque el Afiliado está cubierto por Medicaid, el último día de cobertura con nosotros será el día previo a la entrada en vigencia de la nueva cobertura.

Usted pierde la elegibilidad cuando ya no es informado como elegible por el Mercado de seguros de salud o como elegible en virtud de los términos del Contrato. Si la terminación se debe a una pérdida de elegibilidad a través del Mercado de seguros de salud, la terminación entrará en vigencia el último día del mes después del mes de la rescisión.

## **CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA COBERTURA DE PARTE NUESTRA**

### **Cancelación de la inscripción por falta de pago de la prima**

#### Periodo de gracia

Podremos cancelar el Contrato después de enviar un aviso por escrito al Titular del Contrato si las Primas, o una parte de las Primas, no están pagadas antes de la fecha de vencimiento después de que se haya facturado el Cargo. Proporcionaremos un Aviso del inicio del periodo de gracia al Titular del Contrato en el que se indique que una mora en el pago ha activado un Periodo de gracia de 30 días a partir del día en que se produce el Aviso del inicio del periodo de gracia. El Titular del Contrato le enviará o pondrá a disposición una copia de este aviso de inmediato. Su cobertura continuará vigente durante el Periodo de gracia.

Usted es económicamente responsable de todas y cada una de las Primas, así como de cualquier copago, coseguro o importe Deducible, incluidos aquellos incurridos por servicios recibidos durante el Periodo de gracia.

Se le proporcionará un Aviso de fin de cobertura al Titular del Contrato para todas las cancelaciones después de la fecha de finalización de la cobertura, pero a más tardar cinco (5) días calendario después de la fecha de finalización de la cobertura que incluya la siguiente afirmación: “Para obtener más información acerca de la nueva cobertura o si su cobertura se puede restablecer, póngase en contacto con Delta Dental of California en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)”. El Titular del Contrato le enviará o pondrá a disposición una copia de este aviso de inmediato. Si pierde la cobertura, es posible que sea económicamente responsable del pago de las reclamaciones incurridas.

### **Cancelación de la inscripción por motivos distintos a la falta de pago de la Prima**

Para las cancelaciones, rescisiones y no renovaciones por otros motivos distintos a la falta de pago de las Primas, le proporcionaremos un aviso de cancelación, rescisión o no renovación al Titular del Contrato. El Titular del Contrato enviará o pondrá a disposición una copia de este aviso de inmediato. Se le proporcionará un Aviso de fin de cobertura al Titular del Contrato para todas las cancelaciones después de la fecha de finalización de la cobertura, pero a más tardar cinco (5) días calendario después de la fecha de finalización de la cobertura que incluya:

- la siguiente afirmación: “Para obtener más información acerca de la nueva cobertura o si su cobertura se puede restablecer, póngase en contacto con Delta Dental of California en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)”.
- Aviso sobre la disponibilidad del derecho a solicitar la finalización de los servicios cubiertos.

Si el Contrato se cancela por cualquier causa, no estamos obligados a autorizar previamente servicios más allá de la fecha de cancelación ni a pagar por servicios prestados después de la fecha de cancelación, a excepción de los servicios iniciados mientras el Contrato estaba en vigencia o si tiene pendiente una queja de cancelación por razones que no sean la falta de pago de la Prima presentada antes de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación, rescisión o no renovación de la cobertura. Consulte las disposiciones a continuación con respecto a su derecho de presentar una queja y continuar con los Beneficios.

### **Derecho a presentar una reclamación por la cancelación, rescisión o no renovación de su inscripción, suscripción o contrato del plan**

Si cree que su inscripción ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada incorrectamente, tiene al menos 180 días a partir de la fecha del aviso que alega que es incorrecto para presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Atención Médica Administrada (“DMHC”, por sus siglas en inglés). Les comunicaremos a usted y al DMHC una resolución o les informaremos sobre el estado pendiente de su queja en el plazo de tres (3) días calendario de la recepción de su queja.

En el caso de las quejas presentadas antes de la fecha de entrada en vigencia de la cancelación, rescisión o no renovación, por razones distintas a la falta de pago de la Prima, seguiremos proporcionando cobertura mientras la queja esté pendiente con nosotros o con el DMHC. Durante el periodo de continuación de la cobertura, usted es responsable de pagar las Primas y todos los copagos, los coseguros o las cantidades Deducibles que se exijan en virtud de su cobertura.

### **OPCIÓN 1: PUEDE ENVIAR UNA QUEJA A SU PLAN.**

Puede enviarla en línea en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com) o llamar al **800-471-0173** o escribir a:

Delta Dental of California  
Attn: Correspondence Department  
P.O. Box 1860  
Alpharetta, GA 30023-1860

Le aconsejamos que nos envíe su queja primero a nosotros si cree que la cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las reclamaciones deben enviarse lo antes posible.

Resolveremos su reclamación o le proporcionaremos un estado pendiente dentro de tres (3) días calendarios. Si no recibe una respuesta nuestra en un plazo de tres (3) días calendarios, o si no está satisfecho de alguna manera con nuestra respuesta, puede presentar una reclamación al DMHC como se detalla en la opción 2 más abajo.

### **OPCIÓN 2: PUEDE ENVIAR UNA QUEJA DIRECTAMENTE AL DMHC.**

Puede presentar una queja ante el DMHC sin enviarla primero a nosotros o después de haber recibido nuestra decisión sobre su queja. Las quejas se pueden enviar al DMHC en línea en [www.Healthhelp.ca.gov](http://www.Healthhelp.ca.gov) o puede enviarlas por correo postal a la siguiente dirección:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725

Puede ponerse en contacto con el DMHC para obtener más información sobre la presentación de una reclamación en:

Teléfono: 1-888-466-2219  
TDD: 1-877-688-9891  
Fax: 1-916-255-5241

### **Reactivación de la Cobertura**

Si presenta una queja por cancelación, rescisión o no renovación de la cobertura, incluida una cancelación por falta de pago de la Prima, y se determina que la cancelación, rescisión o no renovación es inapropiada, su cobertura podrá reactivarse con carácter retroactivo a la fecha de cancelación, rescisión o no renovación. El Titular del Contrato o usted, si usted es responsable de pagar sus Primas, podrán ser responsables del pago de todos y cada uno de los montos pendientes de las Primas acumulados desde la fecha de entrada en vigencia de la cancelación, rescisión o no renovación de la cobertura antes de la reactivación. Cualquier Prima pendiente debe pagarse antes de la reactivación.

### **Huelga, suspensión temporal o permiso de ausencia del trabajo**

El Afiliado no estará cubierto para ningún servicio dental brindado mientras el Empleado Elegible esté en huelga, suspendido temporalmente o con permiso de ausencia del trabajo, tal como lo establece la Ley de Ausencia Familiar y Médica de 1993 (Family & Medical Leave Act of 1993, FMLA) u otras leyes federales o estatales aplicables\*.

La cobertura se reanuda después de que el Empleado Elegible regrese al trabajo, siempre y cuando el Titular del Contrato presente una solicitud al Mercado de seguros de salud para que se reactive la cobertura. Los Beneficios para los Afiliados se reanudarán de la siguiente manera:

- Si la cobertura se reactiva en el mismo año del Contrato, la cobertura se reanuda para el Afiliado como si el Empleado Elegible nunca se hubiese ido.

- Si la cobertura se reactiva en un año del Contrato diferente, se iniciará de nuevo cualquier Deducible, Límite máximo, Límite máximo de los gastos de bolsillo o Periodo de espera aplicable a sus Beneficios.
- Si el Empleado Elegible es recontratado dentro del mismo Año del contrato, la cobertura se reanudará para el Afiliado como si el Empleado Elegible nunca se hubiese ido.

\* La cobertura de los Afiliados no se verá afectada si el Empleado Elegible se toma un permiso de ausencia del trabajo que es autorizado por la Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 u otra ley estatal o federal aplicable. Si el Empleado Elegible actualmente paga cualquier parte de la Prima, puede optar por continuar con la cobertura. Si durante su ausencia el Empleado Elegible no continúa con la cobertura, puede reanudarla para los Afiliados al volver al trabajo de manera activa como si no hubiera ocurrido ninguna interrupción.

**Importante:** La Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 no se aplica a todas las compañías, solo a las que cumplen con ciertas guías de dimensión. Póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos para obtener información más detallada.

### **Cobertura continua bajo la USERRA**

Tal como lo exige la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (“USERRA”, por sus siglas en inglés), si el Empleado Elegible tiene cobertura en virtud del Contrato en la fecha en la que comience su permiso de ausencia del trabajo conforme a la USERRA, el Empleado Elegible podrá continuar con la cobertura dental para sí mismo y para sus Afiliados Dependientes cubiertos. Es posible que la continuación de la cobertura conforme a la USERRA no se extienda más allá de:

- 24 meses, a partir de la fecha de inicio del permiso de ausencia del trabajo, o
- la fecha en la que el Afiliado Principal no vuelva al trabajo dentro del tiempo exigido por la USERRA.

Para el permiso de la USERRA que se extiende por más de 31 días, la Prima para la continuación de la cobertura será la misma que para la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés).

### **Continuación de la Cobertura bajo COBRA**

La Ley Integral Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) le proporciona al Empleado Elegible que pierda la cobertura de un plan de salud grupal patrocinado por el empleador una manera de continuar con la cobertura durante un periodo determinado. La COBRA no se aplica a todas las empresas, solo a las que cumplen con ciertas pautas de dimensión. Póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos para obtener información más detallada.

Nosotros no asumimos ninguna de las obligaciones que COBRA le exige al Titular del Contrato o a cualquier empleador (incluida la obligación de informar a los posibles beneficiarios sobre sus derechos u opciones conformes a COBRA).

### **Continuación de la cobertura en virtud de Cal-COBRA**

Cal-COBRA (la “Ley de Reemplazo de Cobertura Continua de California”) ofrece una manera para que usted y sus Afiliados Dependientes que pierden la cobertura médica grupal patrocinada por el empleador (“Beneficiario Calificado”) continúen con la cobertura por un periodo de tiempo. Aceptamos proporcionar los Beneficios a los Afiliados que opten por la continuación de la cobertura de conformidad con esta disposición, siempre que:

- se exija ofrecer la continuación de la cobertura conforme a Cal-COBRA;
- el Titular del Contrato nos notifique por escrito sobre cualquier empleado que tenga un evento que califica dentro de los 30 días del evento que califica;
- el Titular del Contrato nos notifique por escrito sobre cualquier Beneficiario Calificado que esté recibiendo actualmente la continuación de la cobertura de un plan anterior;
- el Titular del Contrato notifique a los Beneficiarios Calificados que actualmente reciben cobertura de continuación en virtud de otro plan de la posibilidad de que el Beneficiario Calificado continúe la cobertura en virtud de nuestro nuevo plan de beneficios grupal

durante el resto del periodo en que el Beneficiario Calificado sea elegible para la continuación de la cobertura. Este aviso se hará 30 días antes de la cancelación o cuando se notifique a todos los empleados inscritos, lo que ocurra más tarde;

- el Titular del Contrato notifique al Beneficiario Calificado acerca de la posibilidad de elegir cobertura en virtud del nuevo plan dental del Titular del Contrato, si el Titular del Contrato cancela el Contrato y nos reemplaza con otro plan dental. Dicho aviso se hará 30 días antes de la cancelación de nuestra cobertura o cuando se notifique a los Afiliados;
- el Beneficiario Calificado solicita la continuación de cobertura dentro del plazo permitido;
- recibamos la prima requerida para la continuación de la cobertura, y
- el Contrato sigue vigente.

No asumimos ninguna de las obligaciones que Cal-COBRA le exige al Titular del Contrato o a cualquier empleador (incluida la obligación de notificar a los posibles beneficiarios sus derechos u opciones en virtud de Cal-COBRA).

## PANORAMA GENERAL DE LOS BENEFICIOS DENTALES

Esta sección le brinda información que lo ayudará a entender mejor el funcionamiento de este Plan y cómo sacarle el máximo provecho.

### Beneficios, limitaciones y exclusiones

Este Plan proporciona Beneficios pediátricos y para Adultos por medio de la red de Delta Dental PPO™ dentro del Área de Servicio de Delta Dental en el estado de California durante el Plazo del contrato. Pagaremos Beneficios por los tipos de servicios dentales que se describen en los Anexos que se adjuntan a esta EOC.

Esta EOC cubre varias categorías de Beneficios cuando un Proveedor presta los servicios, y cuando estos son necesarios y se encuentran dentro de los principios de la práctica dental generalmente aceptados. Las reclamaciones se procesarán de acuerdo con Nuestras políticas de procesamiento estándar. Es posible que solicitemos el apoyo de Dentistas (consultores dentales) para revisar los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico o los tratamientos recetados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y si el tratamiento tiene un pronóstico favorable. Si usted recibe servicios dentales de un Proveedor que se encuentra fuera del estado de California, a ese Proveedor se le pagará de acuerdo con las disposiciones de pago de nuestra red para ese estado, de acuerdo con los términos del Contrato. Se aplicarán limitaciones y exclusiones durante el periodo en el que una persona esté inscrita en cualquier programa de Delta Dental o programa de cuidado dental anterior proporcionado por el Titular del Contrato, sujeto a la recepción de dicha información del Titular del Contrato o al momento en que se presente una reclamación.

Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos individuales que se llevan a cabo al mismo tiempo que el procedimiento principal, los procedimientos individuales se consideran parte del procedimiento principal para los fines de determinar el Beneficio que se debe pagar en virtud de este Plan. Aunque el Proveedor facture el procedimiento principal y cada una de sus partes individuales por separado, el Beneficio total que se debe pagar por todos los cargos relacionados se limitará al Límite máximo del Beneficio pagadero por el procedimiento principal.

### Servicios de teleodontología

Los servicios de Teleodontología son aquellos en los que un Dentista presta servicios dentales a través de la telesalud o las telecomunicaciones para diagnosticar problemas dentales, ofrecer asesoramiento sobre cuidado dental o determinar el tratamiento dental adecuado. Puede ser una cómoda opción alternativa a una cita dental en persona.

Existen dos tipos de servicios de Teleodontología:

- **Sincrónico** es la interacción en tiempo real, como una videollamada con su Dentista PPO.
- **Asincrónico** es cuando se envía un video o una foto de su problema dental a su Dentista PPO y se envía una respuesta más tarde.

Las citas de Teleodontología tienen cobertura como evaluación oral en la categoría de procedimientos Diagnósticos y preventivos, tal como se muestra en el *Anexo A*. También tienen cobertura sobre la misma base y en la misma medida en que el Beneficio está cubierto mediante diagnóstico, consulta o tratamiento en persona, y están incluidas en la atención general de manejo del paciente y no son un servicio que se deba pagar por separado. Aunque los cargos por Teleodontología están incluidos en los cargos que puedan aplicarse a otros servicios dentales recibidos, no se imponen limitaciones de frecuencia para el acceso a Teleodontología.

Tenga en cuenta que no todos los Dentistas PPO ofrecen servicios de Teleodontología y que no todas las enfermedades dentales pueden tratarse mediante visitas de Teleodontología. Le recomendamos que se ponga en contacto con su Dentista y con Servicio al Cliente de Delta Dental para obtener información adicional.

Si sufre una emergencia potencialmente mortal, llame inmediatamente al **911**.

### **Coseguro del Afiliado**

Pagaremos un porcentaje del Límite máximo autorizado en el contrato por los servicios cubiertos, sujeto a ciertas limitaciones, y usted es responsable de pagar el saldo. Lo que usted paga se llama coseguro del Afiliado (el “Coseguro del Afiliado”) y es parte de sus gastos directos. Es posible que tenga que cubrir un Deducible antes de que paguemos los beneficios. Usted pagará el Coseguro del Afiliado incluso después de haber alcanzado el Deducible.

La cantidad del Coseguro del Afiliado dependerá del tipo de servicio y del Proveedor que lo proporcione (consulte la sección “Cómo elegir a su Proveedor”). Los Proveedores deben cobrar el Coseguro del Afiliado para los servicios cubiertos. Si el Proveedor le descuenta, reembolsa o exime de cualquier parte del Coseguro del Afiliado, estaremos obligados a proporcionar como Beneficios únicamente los porcentajes correspondientes de los cargos o las asignaciones del Proveedor reducidos por la cantidad descontada, reembolsada o eximida de dichos cargos o de dichas asignaciones.

Le conviene seleccionar Proveedores de la PPO porque han aceptado recibir el Límite máximo autorizado en el contrato como pago total por los servicios cubiertos, lo que normalmente se traduce en gastos directos más bajos para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada “Cómo elegir a su Proveedor”.

### **Presupuestos previos al tratamiento**

Las solicitudes de Presupuestos previos al tratamiento no son obligatorias; sin embargo, su Proveedor puede presentar un Formulario de reclamación antes de comenzar el tratamiento para mostrar los servicios que se le van a proporcionar. Estimaremos la cantidad de Beneficios pagaderos en virtud de esta EOC para los servicios enumerados. Si le solicita a su Proveedor un Presupuesto previo al tratamiento de nuestra parte antes de recibir cualquier tratamiento recetado, usted tendrá un presupuesto por adelantado de lo que pagaremos y de la diferencia que usted tendrá que pagar. Los Beneficios se procesarán de acuerdo con los términos de esta EOC cuando efectivamente se realice el tratamiento. Los Presupuestos previos al tratamiento tienen validez durante 365 días o hasta que ocurra alguno de los siguientes eventos:

- la fecha de vencimiento del Contrato;
- la fecha en que termine su cobertura, o
- la fecha en que finalice el acuerdo del Proveedor de Delta Dental con nosotros.

El Presupuesto previo al tratamiento no garantiza el pago. Se trata de un presupuesto de la cantidad que pagaremos si usted está cubierto y cumple con todos los requisitos de este Plan en el momento en que se complete el tratamiento que tiene planificado, y es posible que no tome en cuenta ningún Deducible. Por esta razón, recuerde calcular su Deducible, si fuera necesario.

### **Servicios Dentales de Emergencia**

Los Proveedores de Delta Dental PPO están disponibles 24 horas al día, siete (7) días a la semana, para proporcionarle Servicios Dentales de Emergencia si tiene una Enfermedad dental de emergencia. Sin embargo, si no puede contactar a un Proveedor de Delta Dental PPO, puede solicitar tratamiento a un Proveedor de su elección. El pago de los Servicios Dentales de Emergencia estará sujeto a las disposiciones descritas a continuación.

## Acceso oportuno a la atención

Los Proveedores de Delta Dental PPO y de Premier han acordado tiempos de espera para las citas de atención de los Afiliados, que nunca superarán los siguientes intervalos de tiempo:

- para atención de emergencia, 24 horas al día, 7 días por semana;
- para cualquier servicio de atención de urgencia, 72 horas para citas de acuerdo con las necesidades individuales del Afiliado;
- para cualquier servicio de atención no urgente, 36 días laborales; y
- para cualquier servicio preventivo, 40 días laborales.

Fuera del horario de atención, usted tiene acceso a la contestadora automática, al servicio de mensajes, al celular o al localizador del Proveedor de la PPO o Premier para obtener asesoramiento sobre qué hacer y a quién contactar para servicios dentales de urgencia o si tiene una Enfermedad dental de emergencia, incluso mientras se encuentra fuera del Área de servicio de Delta Dental.

Si llama a nuestra línea de Atención al Cliente, uno de nuestros representantes responderá la llamada en el plazo de 10 minutos durante el horario de atención normal.

## Servicios no cubiertos:

**IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos por este Plan, es posible que el Proveedor dental participante le cobre su tarifa regular y habitual por los servicios. Antes de proporcionar servicios dentales que no son Beneficios cubiertos, Su Proveedor debe darle un plan de tratamiento que incluya los servicios que se van a proporcionar y el costo estimado de cada uno. Si desea obtener más información sobre sus opciones de cobertura dental, llame a nuestra línea de Atención al Cliente al **800-471-0173**. Para comprender totalmente su cobertura, revise en detalle esta EOC.

## Coordinación de Beneficios

Coordinamos los Beneficios de esta EOC con los beneficios que tenga con otro plan grupal o prepago o en virtud de otro plan de seguro para que se integren totalmente con otros planes. Si este Plan es el plan “principal”, no reduciremos los beneficios, pero si este Plan es el plan “secundario”, determinaremos los Beneficios después de los del plan principal y pagaremos la menor de las cantidades que pagaríamos en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales o el total de gastos directos del Afiliado en virtud del plan principal para los Beneficios cubiertos en virtud del Contrato.

## ¿Cómo determinamos qué Plan es el plan “principal”?

- (1) El plan que cubre al Afiliado como empleado predomina sobre un plan que cubre al Afiliado como dependiente.
- (2) El plan que cubre al Afiliado como empleado predomina sobre un plan que cubre a la persona asegurada como dependiente. Sin embargo, si el asegurado es también beneficiario de Medicare y, como consecuencia de la norma establecida por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y sus reglamentos de aplicación, Medicare es secundario con respecto al plan que cubre al asegurado como dependiente; y primario con respecto al plan que cubre al asegurado como no dependiente (por ejemplo, un empleado jubilado), entonces los beneficios del plan que cubre al asegurado como dependiente se determinan antes que los del plan que cubre a ese asegurado como no dependiente.
- (3) Con la excepción de lo que se establece en el párrafo (4), cuando este plan y otro plan cubren al mismo hijo como dependiente de diferentes personas, llamadas padres:
  - a) Los beneficios del plan del padre o de la madre cuya fecha de nacimiento sea anterior en un año se determinan antes de los del plan del padre o de la madre cuya fecha de nacimiento sea posterior en ese año.
  - b) No obstante, si ambos padres cumplen años el mismo día, los beneficios del plan que cubre a uno de los padres durante un periodo más prolongado se determinan antes que los del plan que cubre al otro durante un periodo más corto.



- c) Sin embargo, si el otro plan no cuenta con la regla de la fecha de nacimiento descrita anteriormente, pero en su lugar cuenta con una regla basada en el género, y si, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de los beneficios, la regla del otro plan determina el orden de los beneficios.
- (4) En el caso de un hijo dependiente de padres divorciados o separados legalmente, el plan que cubre al Afiliado como dependiente del padre o de la madre que posee la tutela legal, o como dependiente del cónyuge de quien posee la tutela (es decir, el padrastro o la madrastra) predominará sobre el plan que cubre al Afiliado como dependiente del padre o de la madre que no tiene la tutela legal. Si existe una sentencia judicial que establezca responsabilidad financiera por los gastos de cuidado de la salud del hijo, los beneficios de un plan que cubra al hijo como dependiente del padre o madre con responsabilidad financiera se determinarán antes que los beneficios de cualquier otra póliza que cubra al hijo como un hijo dependiente.
- (5) Si los términos específicos de una sentencia establecen que los padres compartirán la tutela conjunta, sin especificar que uno de ellos es responsable de los gastos del cuidado de la salud del hijo, los planes que cubran al hijo seguirán las reglas de orden para la determinación de beneficios descritas en el párrafo (3).
- (6) Los beneficios de un plan que cubre a una persona asegurada como empleado que no ha sido despedido ni está jubilado se determinan antes que los de un plan que cubre a esa persona asegurada como empleado despedido o jubilado. Lo mismo sucedería si una persona asegurada es un dependiente de una persona cubierta como jubilado o empleado. Si el otro plan no tiene esta regla y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de los Beneficios, esta regla (6) se ignora.
- (7) Si una persona asegurada cuya cobertura se brinda a través de un derecho de continuación conforme a la ley federal o estatal también está cubierta en virtud de otro plan, se aplicará el siguiente orden para la determinación de los beneficios:
  - a) Primero, los beneficios de un plan que cubre a la persona asegurada como empleado o Afiliado Principal (o como dependiente de esa persona asegurada).
  - b) Segundo, los beneficios de la cobertura de continuación.
  - c) Si el otro plan no posee la regla descrita anteriormente y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla (7) se ignora.
- (8) Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubre a un Afiliado por más tiempo se determinan antes que los beneficios del plan que cubre a dicho asegurado por un periodo más corto.
- (9) Cuando no pueda hacerse una determinación de acuerdo con lo anterior para los Beneficios pediátricos, los beneficios de un plan médico que cubre servicios dentales como beneficios predominarán sobre un plan únicamente dental.

## **CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR**

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA CONOCER QUIÉN O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE BRINDARLE ATENCIÓN DENTAL.

**AVISO:** SU PARTE DEL PAGO DE LOS SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD PUEDE BASARSE EN EL ACUERDO ENTRE SU PLAN DE SALUD Y SU PROVEEDOR. EN DETERMINADOS CASOS, ESTE ACUERDO PUEDE AUTORIZAR A SU PROVEEDOR A FACTURARLE LAS CANTIDADES QUE NO SUPEREN LOS CARGOS FACTURADOS HABITUALMENTE POR EL PROVEEDOR.

Recomendamos que lleve un registro de los pagos por Beneficios pediátricos. Sin embargo, puede solicitarnos en cualquier momento el saldo acumulado actualizado de su OOPM o Deducible anual. Si desea solicitar esta información, llámenos al **800-471-0173**. La enviaremos por correo postal a la dirección que tenemos registrada, a menos que usted opte por recibirla de forma electrónica.

## Libre elección del Proveedor

Usted puede consultar a cualquier Proveedor para su tratamiento cubierto, ya sea que este sea un Proveedor de la PPO, un Proveedor de Premier o un Proveedor que no es de Delta Dental. **Este Plan, ofrecido a través del Mercado de seguros de salud, es un plan PPO y los mayores Beneficios, incluidos los ahorros en gastos de bolsillo, se producen cuando usted elige a un Proveedor de la PPO.** También pagaremos los servicios prestados por estudiantes de odontología, un médico clínico o un profesor que tenga Contrato con nosotros en escuelas o clínicas dentales. Para aprovechar sus Beneficios al máximo, le recomendamos que consulte el estado de participación del Proveedor dentro de una de las redes de Delta Dental con el consultorio dental antes de cada cita. Revise esta sección para obtener una explicación de nuestros procedimientos de pago para comprender el método de pago correspondiente según el Proveedor que haya elegido y el modo en el que esto puede influir en sus gastos directos.

### Cómo ubicar a un Proveedor de la PPO

Puede acceder a la información a través de nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com) seleccionando la red de Delta Dental PPO. También puede llamar a nuestra línea de Atención al Cliente y uno de nuestros representantes lo ayudará. Podemos proporcionarle información sobre la participación en la red de un Proveedor, la especialidad y la ubicación del consultorio.

### Cómo seleccionar a un Proveedor de la PPO

Un Proveedor de la PPO permite potencialmente que el Afiliado obtenga la reducción más grande de los gastos de bolsillo, ya que este grupo selecto de Proveedores ofrecerá Beneficios dentales a un cargo que ha sido acordado por Contrato. El pago por los servicios cubiertos que le proporcione un Proveedor de la PPO se basa en el Límite máximo Autorizado en el Contrato.

Los costos del Afiliado Pediátrico incurridos por servicios cubiertos con un Proveedor de la PPO se aplican al Límite máximo de los gastos de bolsillo para Beneficios pediátricos.

### Cómo seleccionar a un Proveedor de Premier

Un Proveedor de Premier es un Proveedor de Delta Dental; sin embargo, el Proveedor de Premier no ha aceptado las características de este plan PPO dental. El monto que se cobre puede ser superior al aceptado por los Proveedores de la PPO, y usted será responsable del pago de los saldos facturados. El pago por los servicios cubiertos proporcionados por un Proveedor de Premier se basa en el Límite máximo autorizado en el contrato, y se le podrá facturar a usted el saldo que no supere el Cargo contratado del Proveedor de Premier.

Los costos del Afiliado Pediátrico incurridos con un Proveedor de Premier no se tienen en cuenta hacia el Límite máximo de los gastos de bolsillo para los Beneficios pediátricos. El Coseguro del Afiliado y otros costos compartidos, incluidos los saldos facturados, continuarán aplicándose para los servicios cubiertos cuando se use un Proveedor de Premier, incluso si se alcanza el Límite máximo de los gastos de bolsillo para Afiliados Pediátricos.

### Cómo seleccionar a un Proveedor que no es de Delta Dental

Si un Proveedor no es de Delta Dental, la cantidad que se le cobre puede ser superior a la aceptada por los Proveedores de la PPO o Premier, y usted será responsable del pago de los saldos facturados. El pago por los servicios cubiertos proporcionados por un Proveedor que no es de Delta Dental se basa en el Límite máximo autorizado en el contrato, y se le podrá facturar a usted el saldo que no supere los Cargos presentados del Proveedor que no es de Delta Dental.

Los costos del Afiliado Pediátrico incurridos con un Proveedor que no es de Delta Dental no se tienen en cuenta para el Límite máximo de los gastos de bolsillo para los Beneficios pediátricos. El Coseguro del Afiliado y otros costos compartidos, incluidos los saldos facturados, continuarán aplicándose para los servicios cubiertos cuando se use un Proveedor que no sea de Delta Dental, incluso si se alcanza el Límite máximo de los gastos de bolsillo para Afiliados Pediátricos.

### Obligaciones adicionales de Proveedores de la PPO y Premier

- El Proveedor de la PPO y el Proveedor de Premier deben aceptar la asignación de los Beneficios, lo que significa que les pagaremos directamente a estos Proveedores después del cumplimiento del Deducible y el Coseguro del Afiliado. Usted no debe pagar todos los

cargos dentales mientras se encuentra en el consultorio dental y luego presentar la reclamación para el reembolso.

- Los Proveedores de la PPO y Premier completarán el Formulario de reclamación dental y nos lo presentarán para obtener el reembolso.
- El Proveedor de la PPO aceptará los Cargos Contratados del Proveedor de la PPO como pago total por los servicios cubiertos y no facturará los saldos si hay una diferencia entre los Cargos presentados y los Cargos Contratados del Proveedor de la PPO.
- Por ley, nuestro acuerdo con nuestros Proveedores de la PPO y Premier garantiza que usted no tendrá ninguna responsabilidad frente a esos Proveedores por cualquier cantidad de dinero que adeudemos nosotros.

Al finalizar el acuerdo de un Proveedor de la PPO con nosotros, seremos responsables de los Beneficios para completar el tratamiento con respecto a los Procedimientos únicos que se hayan iniciado antes de la finalización del acuerdo. El Proveedor de la PPO que finalice el acuerdo completará lo siguiente:

- la dentadura postiza parcial o completa para la que se tomaron las impresiones finales;
- todo el trabajo realizado en cada diente sobre el que se había comenzado a trabajar (como por ejemplo, la finalización de un conducto radicular en progreso y la entrega de coronas cuando se prepararon los dientes).

Si por alguna razón el Proveedor de la PPO no puede completar el tratamiento, implementaremos disposiciones razonables y apropiadas para que otro Proveedor de la PPO finalice dicho tratamiento.

En el caso de que usted se vea afectado de manera negativa o considerable por dicha terminación, el incumplimiento contractual o la incapacidad de un Proveedor de la PPO de prestar los servicios, le enviaremos un aviso por escrito dentro de una cantidad de tiempo razonable.

### **Servicios de asistencia lingüística**

Ofrecemos servicios de intérpretes calificados a los Afiliados con dominio limitado del inglés, sin costo para el Afiliado, en todos los puntos de contacto en cualquier idioma moderno, incluso cuando el Afiliado está acompañado en el consultorio dental por un familiar o amigo que puede proporcionar servicios de interpretación del idioma.

Si necesita servicios de intérprete en otro idioma, materiales traducidos a su idioma de preferencia o en un formato alternativo, llame al **800-471-0173 (TTY: 711)**. También puede visitar nuestro Directorio de proveedores en nuestro sitio web, que incluye los idiomas autoinformados por nuestros Proveedores de Delta Dental.

### **Cómo presentar una reclamación**

Las reclamaciones por Beneficios deben presentarse en un Formulario de reclamación estándar que está disponible en la mayoría de los consultorios dentales. Los Proveedores de la PPO y Premier se encargarán de los trámites relacionados con sus reclamaciones por usted. Es posible que algunos Proveedores que no son de Delta Dental también proporcionen este servicio si usted lo solicita. Si recibe servicios de parte de un Proveedor que no es de Delta Dental y que no proporciona este servicio, usted mismo puede presentarnos su reclamación directamente. Para obtener más información, consulte la disposición "Aviso de formulario de reclamación".

Puede obtener ayuda para completar el formulario de reclamación en el consultorio dental. Complételo y envíelo a la siguiente dirección:

Delta Dental of California  
P.O. Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

### **Continuidad de la atención**

Si usted es un Afiliado vigente, puede tener derecho a que se complete la atención en virtud de este Plan con el Proveedor de Delta Dental que dejó de serlo para determinadas enfermedades

dentales especificadas. Si usted es un Afiliado nuevo, puede tener derecho a que se complete la atención en virtud del Contrato con el Proveedor que no es de Delta Dental para determinadas enfermedades dentales especificadas. Debe presentar una solicitud específica para obtener el Beneficio de finalización de cuidado. Para presentar una solicitud, póngase en contacto con Atención al Cliente llamando al **800-471-0173**. También puede ponerse en contacto con Nosotros para solicitar una copia de Nuestra *Política sobre la continuidad de la atención*. No tenemos la obligación de continuar la atención con su Proveedor si usted no es elegible en virtud del Contrato o si no podemos llegar a un acuerdo con el Proveedor que no es de Delta Dental o con el Proveedor de Delta Dental que dejó de serlo sobre los términos relacionados con la atención del Afiliado de conformidad con la ley de California.

### **Pautas para los pagos**

No pagamos incentivos a los Proveedores de la PPO o Premier para que nieguen, reduzcan, limiten o retrasen cualquier servicio apropiado.

Si usted o su Proveedor presentan una reclamación por servicios prestados más de 12 meses después de la fecha en la que usted los haya recibido, es posible que se deniegue el pago. Si recibió los servicios de parte de un Proveedor que no es de Delta Dental, usted sigue siendo responsable del costo total. En el caso de que no le paguemos al Proveedor que no es de Delta Dental, es posible que usted sea responsable de pagarle a ese Proveedor el costo total de los servicios. Le reembolsaremos la parte del cargo del Proveedor que esté cubierta por este Plan.

Si se deniega el pago porque el Proveedor de la PPO o Premier no presentó la reclamación a tiempo, es posible que usted no sea responsable de ese pago. Sin embargo, si usted no le informó a su Proveedor de la PPO o Premier que usted estaba cubierto en virtud de este Plan en el momento en que recibió el servicio, es posible que usted sea responsable del costo de ese servicio.

Si necesita más información en relación con el modo en que se reembolsa a los Proveedores en virtud de este Plan, llame a nuestra línea de Atención al Cliente al **800-471-0173**.

### **Relaciones con el Proveedor**

El Afiliado Principal y Delta Dental acuerdan permitir y alentar que la relación profesional entre el Proveedor y el Afiliado se mantenga sin interferencia alguna. Cualquier Proveedor de la PPO, Premier o que no sea de Delta Dental, incluido cualquier Proveedor o persona asociada con ellos o empleada por ellos, que proporcione servicios dentales a un Afiliado lo hace en calidad de contratista independiente y será el único responsable del asesoramiento dental y de la prestación de servicios dentales, o la falta de estos, ante el Afiliado.

### **Segundas opiniones**

Obtenemos segundas opiniones a través de los miembros consultores regionales de nuestro Comité de Revisión de Calidad, quienes realizan exámenes clínicos, preparan informes objetivos de enfermedades dentales y evalúan los tratamientos propuestos o proporcionados.

Autorizaremos tal examen antes del tratamiento cuando sea necesario para la determinación de los Beneficios en respuesta a una solicitud de Presupuesto previo al tratamiento. También autorizaremos una segunda opinión después del tratamiento si usted tiene una queja sobre la calidad de la atención proporcionada. Notificaremos a usted y al Proveedor que lo trata cuando sea necesaria y apropiada una segunda opinión, además de remitirlo al consultor regional que seleccionemos para realizar el examen clínico. Cuando autoricemos una segunda opinión de un consultor regional, pagaremos todos los cargos.

También puede obtener una segunda opinión acerca del tratamiento de cualquier Dentista que usted elija, y nos podrán presentar las reclamaciones correspondientes al examen para su pago. Pagaremos tales reclamaciones de acuerdo con los Beneficios de este Plan.

### **Necesidad especial de cuidado de la salud**

Si cree que tiene una Necesidad especial de cuidado de la salud, llame a nuestra línea de Atención al Cliente al **800-471-0173 (TTY: 711)**. Confirmaremos que existe una Necesidad especial de cuidado de la salud y cuáles son los arreglos que podemos hacer para ayudarlo a obtener dichos Beneficios. No seremos responsables si un Proveedor no cumple alguna ley o

reglamentación relacionada con los requisitos estructurales del consultorio que se aplican a los Proveedores de Delta Dental que atienden a Afiliados con Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud.

### **Accesibilidad a los centros**

Muchos centros dentales nos brindan información sobre las características especiales de sus consultorios, incluida información de accesibilidad para pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad de los centros dentales, llame a Atención al Cliente al **800-471-0173** o visite nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

### **QUEJAS Y APELACIONES**

Si tiene alguna pregunta relacionada con los servicios recibidos, le recomendamos que primero las analice con su Proveedor. Sin embargo, si aún tiene dudas, llame a nuestro departamento de Atención al Cliente. Además, puede enviar sus preguntas por medio de un mensaje de correo electrónico. Para ello, ingrese en la sección “Contáctenos” de nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

Si tiene una queja sobre la elegibilidad, la denegación de reclamaciones o servicios dentales, nuestras políticas, los procedimientos o las operaciones, o sobre la calidad de los servicios dentales proporcionados por un Proveedor de Delta Dental, puede llamarnos al **800-471-0173 (TTY: 711)**, completar y enviar un **Formulario de queja de Afiliado de Delta Dental PPO** en línea o enviar por correo su queja a:

Delta Dental of California  
P.O. Box 1860  
Alpharetta, GA 30023-1860

Cuando nos escriba, incluya el nombre, el número de identificación y el número de teléfono del Afiliado en toda la correspondencia. También debe incluir una copia del Formulario de reclamación, del informe de reclamaciones u otra información relevante. Su informe de reclamación contendrá una explicación de la revisión de la reclamación y cualquier proceso de queja, así como los límites de tiempo correspondientes a dicho proceso.

Les avisaremos a usted y a su Proveedor si se deniegan, en parte o en su totalidad, los Beneficios para los servicios presentados en un Formulario de reclamación, e indicaremos el motivo de la denegación. Usted y su Proveedor tienen al menos 180 días a partir de la recepción del aviso de denegación para presentar una solicitud de revisión por escrito en la que se manifiesten los motivos por los cuales considera que la denegación fue incorrecta. Usted también podrá solicitarnos que examinemos cualquier información adicional que pueda respaldar su reclamación.

“Queja” significa una expresión oral o escrita de insatisfacción relacionada con el Plan o con el Proveedor, incluidas inquietudes sobre la calidad de la atención, e incluye una queja formal, reclamación, solicitud de reconsideración o apelación presentada por usted o por su representante. En las situaciones en que el Plan no pueda distinguir entre una queja y una pregunta, esta será considerada una queja.

“Queja formal” es lo mismo que “queja”.

“Denunciante” es lo mismo que “reclamante” y se refiere a la persona que presentó la queja, incluidos usted, su representante u otra persona con autoridad para actuar en su nombre.

En el plazo de cinco (5) días calendario desde la recepción de cualquier queja, un coordinador de gestión de calidad le enviará una notificación de recepción de la queja por escrito que incluirá la fecha de recepción y la información de contacto del Plan. Ciertas quejas pueden requerir que lo refieran a un Dentista para la evaluación clínica de los servicios dentales prestados. Le enviaremos una determinación, por escrito, en un plazo de 30 días calendario a partir de la recepción de la queja.

Nuestro sistema de quejas garantiza que todos los Afiliados del plan tengan acceso y puedan participar por completo en Nuestro proceso de queja al brindar asistencia a aquellos que tengan conocimientos limitados del idioma inglés o que tengan problemas de la vista o la comunicación.

Dicha asistencia incluye, entre otros, traducciones de formularios y procedimientos de quejas, y respuestas del plan a quejas, así como el acceso a intérpretes, sistemas de retransmisión telefónica y otros dispositivos para ayudar a las personas con discapacidad a comunicarse. **Si necesita estos servicios o tiene preguntas acerca de nuestro proceso de quejas, llame a Atención al Cliente al 800-471-0173 (TTY: 711) o visite nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com) para completar y enviar un Formulario de queja del Afiliado de Delta Dental PPO.**

Nuestro sistema de quejas les permite a los Afiliados presentar quejas durante al menos 180 días calendario después de cualquier incidente o acción que sea el objeto del descontento del Afiliado. No discriminamos a ningún Afiliado porque el denunciante haya presentado una queja.

Usted puede presentar una queja ante el DMHC después de haber completado nuestro proceso de queja o si ha estado involucrado en nuestro proceso de queja durante más de 30 días. Usted puede solicitar asistencia o presentar una queja de forma inmediata ante el DMHC en los casos referentes a una amenaza inminente y grave para Su salud, incluidos, entre otros, dolor intenso, posible pérdida de la vida, de un miembro o de una función corporal importante. En dicho caso, le proporcionaremos un informe por escrito sobre la disposición o el estado pendiente de Su queja en un periodo de no más de tres (3) días calendario a partir de la fecha en que recibamos Su queja. Puede presentar una queja ante el DMHC de inmediato si tiene una Enfermedad dental de emergencia.

### **Quejas que involucran una determinación de beneficios adversa**

Si la revisión de una denegación se basa en parte o en su totalidad en una falta de necesidad médica, un tratamiento experimental o un juicio clínico al aplicar los términos de este Plan, consultaremos a un Dentista con suficientes conocimientos y experiencia. Si algún Dentista que consulta participa en la revisión, la identidad del Dentista estará disponible si lo solicita. Si usted considera que la decisión fue rechazada por el motivo de que no era necesario desde el punto de vista médico, puede comunicarse con el DMHC para determinar si la decisión es elegible para una revisión médica independiente. No lo discriminaremos de ninguna manera por presentar una queja.

### ***La ley de California exige que le proporcionemos la siguiente información:***

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 acerca de su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente con su plan de salud al **800-471-0173** y seguir el proceso de queja de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el Departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no anula ninguno de los derechos ni recursos legales que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja que haya estado sin resolverse por más de 30 días, 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 IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas emitidas por el plan de salud relacionadas 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 servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con dificultades auditivas o del habla. En el sitio web del departamento [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) encontrará formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

### **Participación de los Afiliados en la política pública**

Nuestra Junta Directiva incluye a Afiliados que participan en la instauración de nuestra política pública respecto de los Afiliados mediante la revisión regular de los informes de nuestro Programa de evaluación de calidad y los comentarios de los Afiliados. Los Afiliados pueden presentar cualquier sugerencia relacionada con nuestra política pública por escrito a:

Delta Dental of California  
Atención al Cliente  
P.O. Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

### **Divisibilidad**

Si un tribunal u otra autoridad determinan que cualquier parte del Contrato, de esta Evidencia de cobertura (EOC), de los archivos adjuntos o de una enmienda a cualquiera de estos documentos es ilegal, inválida o no exigible, todas las demás partes de estos documentos seguirán en pleno vigor.

### **Examen Clínico**

Antes de aprobar una reclamación, tendremos derecho a recibir, en la medida en que lo permita la ley, de cualquier Proveedor a cargo o examinador, o de los hospitales en los que se brinda la atención del Proveedor, la información y los registros relacionados con la atención, el examen o el tratamiento que se le proporciona que sean necesarios para administrar la reclamación. El examen puede ser requerido por un consultor dental contratado por nosotros en su comunidad o lugar de residencia, o cerca de estos. En todo momento, conservaremos de manera confidencial dicha información y dichos registros.

### **Aviso sobre el formulario de reclamación**

Le daremos a usted o a su Proveedor, a solicitud, un Formulario de reclamación para reclamar los Beneficios. Para hacer una reclamación, tanto el Proveedor que proporcionó los servicios como el paciente (o el padre, la madre o el tutor si el paciente es menor de edad) deben completar y firmar el formulario, y enviarnoslo a la dirección que figura en la disposición "Aviso de reclamación/prueba de la pérdida por escrito".

Si no entregamos el Formulario de reclamación en un plazo de 15 días a partir de su solicitud o la del Proveedor, los requisitos de prueba de la pérdida que se establecen en el siguiente párrafo se considerarán cumplidos luego de la presentación ante nosotros de pruebas por escrito que cubran la existencia, el carácter y la extensión de la pérdida por la cual se realiza una reclamación en el tiempo establecido en dicho párrafo para la presentación de tales pruebas. Usted o su Proveedor pueden descargar un Formulario de reclamación desde nuestro sitio web.

### **Aviso por Escrito de Reclamación o Prueba del Siniestro**

Debemos recibir una prueba por escrito del siniestro en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de ocurrido del siniestro. Si no es razonablemente posible proporcionar una prueba por escrito en el tiempo requerido, la reclamación no se reducirá ni denegará únicamente por este motivo, siempre y cuando la prueba se presente lo antes posible. En cualquier caso, la prueba del siniestro debe proporcionarse en el plazo de un año después de dicho momento (a menos que el reclamante estuviera legalmente incapacitado). Un aviso de reclamación enviado por usted, en su nombre o en nombre de su beneficiario a nosotros o a nuestro agente autorizado con información suficiente para identificarlo servirá de aviso de reclamación.

Toda prueba por escrito de la pérdida debe entregarse a nosotros en un plazo de 12 meses después de la terminación del Contrato.

Envíenos su aviso de reclamación/prueba de la pérdida a la siguiente dirección:

Delta Dental of California  
P.O. Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

### **Tiempo de Pago**

Las reclamaciones que deban pagarse en virtud de este Plan por cualquier pérdida que no sean pérdidas para las cuales el Contrato establece un pago regular se procesarán dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la prueba por escrito de la pérdida en el formulario requerido según los términos del Contrato o de esta EOC. Notificaremos a usted y a su Proveedor sobre cualquier información adicional necesaria para procesar la reclamación dentro de este periodo de 30 días.

## **A quién se pagan los Beneficios**

No es necesario que el servicio sea proporcionado por un Proveedor específico. El pago por los servicios proporcionados por un Proveedor de la PPO o Premier se realizará directamente a ese Proveedor. A usted se le realizarán todos los otros pagos estipulados por el Contrato o en esta EOC. Todos los Beneficios que no se paguen al Proveedor se le pagarán a usted o a sus herederos, o a un beneficiario alternativo según lo establecido por una orden judicial, excepto cuando usted sea menor de edad o no sea competente para otorgar una renuncia válida, en cuyo caso, los Beneficios podrán pagarse a su padre, madre, tutor o a otra persona que efectivamente le brinde sustento.

## **Tergiversación de la información en la solicitud; efecto**

En ausencia de fraude o tergiversación intencional de hechos materiales al solicitar o adquirir cobertura en virtud del Contrato o de esta EOC, todas las declaraciones hechas por usted se considerarán manifestaciones y no garantías. Ninguna de estas declaraciones se usará en la defensa de una reclamación, a menos que forme parte de una solicitud por escrito.

## **Acciones legales**

No se presentará ninguna acción legal ni por equidad para la recuperación conforme al Contrato antes de los 60 días posteriores a la presentación de la prueba de la pérdida de acuerdo con los requisitos del Contrato o de esta EOC. No se puede entablar ninguna acción, a menos que se inicie dentro de los tres (3) años posteriores al vencimiento del tiempo dentro del cual el Contrato requiere prueba de la pérdida.

## **Conformidad con las leyes aplicables**

Todas las cuestiones legales relacionadas con este Contrato o esta EOC se regirán por el estado de California, en donde se celebró y se ejecutará el Contrato. Cualquier parte del Contrato o de esta EOC que entre en conflicto con las leyes de California, específicamente el Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California, y el Capítulo 1 de la División 1 del Título 28 del Código de Reglamentos de California, o con las leyes federales, queda enmendada por este medio para cumplir los requisitos mínimos de dichas leyes. Cualquier disposición que deba formar parte del Contrato según lo mencionado anteriormente será vinculante para nosotros, independientemente de si se incluyó o no en el Contrato.

## **Compañía principal**

Somos un miembro del sistema de la compañía principal de seguros de Delta Dental of California (la "empresa"). Existen acuerdos de servicio entre las compañías afiliadas y controladas de la empresa. Somos parte de algunos de estos acuerdos de servicio. Se espera que los servicios, que incluyen ciertas tareas ministeriales, continúen siendo desempeñados por estas compañías afiliadas y controladas, que operan bajo estrictos acuerdos de confidencialidad o de socios comerciales. Todos estos acuerdos de servicio han sido aprobados por las respectivas agencias normativas.

## **Administrador Externo (TPA, por sus siglas en inglés)**

Podemos usar los servicios de un TPA que esté registrado apropiadamente conforme a las leyes estatales aplicables, para brindar servicios conforme al Contrato. Todo TPA que brinde dichos servicios o reciba dicha información celebrará un acuerdo de asociación comercial independiente con nosotros en el que se establezca que el TPA cumple con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPPA, por sus siglas en inglés) y de la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Economía y la Salud Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés) para la preservación de la información de la salud protegida de los Afiliados.

## **Donación de órganos y tejidos**

La donación de órganos y tejidos brinda muchos beneficios a la sociedad. Permite a los receptores del trasplante continuar con una vida más completa y provechosa. Actualmente, la necesidad de trasplantes de órganos supera en gran medida la disponibilidad. Si está interesado en la donación de órganos, hable con Su médico. La donación de órganos comienza en el



hospital, cuando a una persona se le declara muerte cerebral y se le identifica como un donante potencial. Una organización encargada de la adquisición de órganos se encargará de coordinar las actividades.

### **No discriminación**

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidos los estereotipos de sexo y la identidad de género. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Nosotros:

- Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrecemos servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestra línea de Atención al Cliente al **800-471-0173 (TTY: 711)**.

Si Usted considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que lo hemos discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja de manera electrónica en línea, por teléfono con un representante de Atención al Cliente o por correo.

Delta Dental  
P.O. Box 1860  
Alpharetta, GA 30023-1860  
Números de teléfono: **800-471-0173 (TTY: 711)**  
Dirección del sitio web: **[es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (solo disponible en inglés), o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-368-1019**  
**1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (solo disponible en inglés).

## Anexo A

### Deducibles, Límites máximos, Niveles de beneficios del contrato y Coseguros del afiliado

Resumen de beneficios y cobertura		Plan dental familiar			
		Plan con coseguro			
Las cantidades del costo compartido del Afiliado describen los gastos de bolsillo		Cuidado dental pediátrico Beneficios esenciales para		Cuidado dental para adultos	
		Hasta los 19 años		De 19 años y mayores	
Valor actuarial		85.5 %	85.5 %	No se calculó	No se calculó
		Dentro de la red: Delta Dental PPO <sup>1</sup>	Fuera de la red: No pertenece a Delta Dental	Dentro de la red: Delta Dental PPO <sup>1</sup>	Fuera de la red: No pertenece a Delta
Deducible individual cada año del Contrato <sup>2,3</sup>		\$75	\$75	\$50	\$50
Deducible familiar cada año del Contrato (dos o más hijos) <sup>3</sup>		\$150	\$150	No se aplica	No se aplica
Límite máximo individual de los gastos de bolsillo cada año del Contrato <sup>4</sup>		\$350	Ninguno	No se aplica	No se aplica
Límite máximo familiar de los gastos de bolsillo cada año del Contrato (dos o		\$700	Ninguno	No se aplica	No se aplica
Copago en consultorio		\$0	\$0	\$0	\$0
<b>Periodo de espera</b> (Disposición de condición exenta, según se define en la sección 1357.50 (a)(3)(J)(4) del Código de Salud y Seguridad y en la sección 10198.6(d) del Código de Seguro.		Ninguno	Ninguno	Servicios mayores limitados a los Afiliados que hayan estado inscritos en el Contrato durante 6 meses consecutivos, exentos con evidencia de	Servicios mayores limitados a los Afiliados que hayan estado inscritos en el Contrato durante 6 meses consecutivos, exentos con
<b>Límite máximo anual</b> (la cantidad máxima que el plan dental pagará en el Año del contrato)		Ninguno	Ninguno	\$1,500	
Categoría del	Tipo de servicio	Costo compartido del	Costo compartido del	Costo compartido	Costo compartido
Diagnóstico y prevención	Examen bucal <sup>8</sup>	Sin cargo	10 %	Sin cargo	10 %
	Prevención - limpieza	Sin cargo	10 %	Sin cargo	10 %
	Prevención - radiografía	Sin cargo	10 %	Sin cargo	10 %
	Sellador por diente	Sin cargo	10 %	Sin cobertura	Sin cobertura
	Aplicación tópica de flúor	Sin cargo	10 %	Sin cobertura	Sin cobertura
	Separadores - fijos	Sin cargo	10 %	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios básicos	Procedimientos de	20 %	30 %	20 %	30 %
	Servicios de mantenimiento	Se aplica el Deducible	Se aplica el	Se aplica el Deducible	Se aplica el Deducible
	Periodontología (aparte de procedimientos de endodoncia)				

<b>Servicios mayores</b>	Coronas y moldes	50 % Se aplica el Deducible	50 % Se aplica el	50 % Se aplica el Deducible	50 % Se aplica el Deducible
	Prostodoncia				
	Cirugía bucal				
<b>Ortodoncia</b>	Servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico <sup>7</sup>	50 % Se aplica el Deducible	50 % Se aplica el	Sin cobertura	Sin cobertura

<sup>1</sup> El reembolso se basa en los Cargos Contratados de Delta Dental PPO para Proveedores de Delta Dental PPO, Delta Dental Premier y Proveedores que no son de Delta Dental.

<sup>2</sup> Cada adulto es responsable de un Deducible individual. Exento de Deducible para adultos para servicios de diagnóstico y prevención.

<sup>3</sup> En un plan con coseguro, cada hijo es responsable del Deducible individual a menos que se haya alcanzado un Deducible familiar. Una vez alcanzado el Deducible individual de un hijo o el Deducible familiar, se aplican los costos compartidos hasta que se alcance el Límite máximo de los gastos de bolsillo del hijo.

En un plan con dos o más hijos, los pagos de costo compartido que cada hijo individual efectúe para pagar servicios que son de la red contribuyen al Deducible que es de la red familiar, si corresponde, así como el Límite máximo de los gastos de bolsillo familiar.

En un plan con dos o más niños, los pagos de costo compartido que cada hijo individual haga para pagar servicios cubiertos que no son de la red contribuyen al Deducible que no es de la red familiar, si corresponde, así como el Límite máximo de los gastos de bolsillo familiar.

Exento de Deducible pediátrico para servicios de diagnóstico y prevención

<sup>4</sup> El Límite máximo de los gastos de bolsillo solo se aplica a los Beneficios de salud esenciales para los Afiliados Pediátricos que se proporcionan por los Proveedores de Delta Dental PPO. Una vez que la cantidad pagada por los Afiliados Pediátricos sea igual al Límite máximo de los gastos de bolsillo, no será necesario que estos hagan algún otro pago durante el resto del Año del contrato por los servicios cubiertos recibidos de los Proveedores de Delta Dental PPO. El Coseguro de Afiliado y otros costos compartidos, incluidas las cantidades del balance de la facturación, continuarán aplicándose a los servicios cubiertos recibidos por parte de los Proveedores de Delta Dental Premier o los Proveedores que no son de Delta Dental PPO, incluso después de que se alcance el límite máximo de los gastos de bolsillo.

Si dos o más Afiliados Pediátricos están cubiertos, la obligación financiera de los servicios cubiertos recibidos por parte de los Proveedores de Delta Dental PPO no será superior al Límite máximo de los gastos de bolsillo de varios Afiliados Pediátricos. Sin embargo, una vez que el Afiliado Pediátrico alcance el Límite máximo de los gastos de bolsillo para un Afiliado Pediátrico cubierto, ese Afiliado Pediátrico habrá alcanzado su Límite máximo de los gastos de bolsillo. Los otros Afiliados Pediátricos cubiertos deben continuar pagando el Coseguro de Afiliado por los servicios cubiertos recibidos por parte de los Proveedores de Delta Dental PPO hasta que la cantidad total pagada alcance el Límite máximo de los gastos de bolsillo para varios Afiliados Pediátricos.

<sup>5</sup> El periodo de espera de seis meses (solo adultos) para servicios mayores debe estar eximido luego de la entrega de una constancia de cobertura dental previa comparable por parte del socio. El periodo de espera deberá prorratearse mes con mes cuando un

---

Afiliado proporcione comprobantes de una cobertura dental anterior comparable de menos de seis meses. Covered California deja a consideración del plan determinar la documentación aceptable para verificar la cobertura anterior. Covered California deja a consideración del plan determinar la interrupción máxima permisible en la cobertura antes de la cual no sucedería el prorrateo del periodo de espera de seis meses. Los servicios dentales obtenidos por medio de un plan de salud con descuento no se consideran cobertura dental “comparable” para su consideración como parte del periodo de espera.

<sup>6</sup> Delta Dental pagará o, de otro modo, saldará el Nivel de beneficios del contrato según el Límite máximo autorizado en el contrato para los servicios cubiertos. Nota: los Niveles de beneficios del contrato difieren entre los Proveedores de Delta Dental PPO y los Proveedores que no son de Delta Dental PPO. Los mayores beneficios (incluidos los ahorros en gastos de bolsillo) se acceden cuando un Proveedor de Delta Dental PPO recibe los servicios cubiertos. La cantidad que se cobre a los Afiliados por los servicios cubiertos que lleve a cabo un Proveedor que no es de Delta Dental PPO puede ser superior a la aceptada por los Proveedores de Delta Dental PPO, y los Afiliados serán responsables de las cantidades del balance de la facturación.

<sup>7</sup> El costo compartido del Afiliado para los servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico aplica para el tratamiento, no para años de beneficio individuales dentro de un tratamiento de varios años. Este costo compartido del Afiliado se aplica al tratamiento siempre que el Afiliado continúe inscrito en el plan.

<sup>8</sup> En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer Teleodontología, se ofrecerá sin cargo.

---

## Anexo B

### Servicios, limitaciones y exclusiones

#### Descripción de los Servicios dentales para los Beneficios para adultos (mayores de 19 años de edad)

Delta Dental pagará o saldará el Nivel de beneficios del contrato que se indica en el Anexo A por los siguientes servicios:

- **Servicios de diagnóstico y prevención**

- (1) Diagnóstico: procedimientos para ayudar al Proveedor a determinar el tratamiento dental requerido, incluidos los exámenes bucales y las radiografías.
- (2) Prevención: limpieza, incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca (el mantenimiento periodontal se considera un servicio básico para fines de pago).
- (3) Consultas con especialistas: opiniones o consejos solicitados por un Dentista general.

- **Servicios básicos**

- (1) Anestesia general o sedación por vía intravenosa: cuando se administra por un Proveedor para la Cirugía bucal cubierta o para procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia seleccionados.
- (2) Limpiezas periodontales: mantenimiento periodontal.
- (3) Paliativo: tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
- (4) Restauración: las restauraciones (empastes) de amalgama y de empaste compuesto de resina y las restauraciones prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dura de los dientes ocasionada por las caries).

- **Servicios mayores**

- (1) Coronas e incrustaciones intracoronarias o restauraciones onlay: tratamiento de lesiones cariosas (caries visible de la estructura dura de los dientes) cuando no sea posible restaurar los dientes con una amalgama o empastes compuestos de resina.
- (2) Prostodoncia: procedimientos para la construcción de puentes fijos, dentaduras postizas parciales o completas y el arreglo de puentes fijos.
- (3) Cirugía bucal: extracciones y otros procedimientos quirúrgicos determinados (incluido el cuidado preoperatorio y posoperatorio).
- (4) Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
- (5) Periodontología: tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes.
- (6) Arreglos de dentadura postiza: arreglo de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos los procedimientos de rebasado y recubrimiento.

- **Nota sobre los Beneficios adicionales durante el embarazo**

Cuando una Afiliada está embarazada, Delta Dental pagará servicios adicionales para ayudar a mejorar la salud bucal de la Afiliada durante el embarazo. Los servicios adicionales cada Año calendario mientras la Afiliada tenga cobertura en virtud del Contrato incluyen un (1) examen

---

bucal adicional y una (1) limpieza de rutina adicional o una (1) limpieza de sarro periodontal y alisado radicular adicional por cuadrante o un (1) procedimiento adicional de mantenimiento periodontal. Al presentar la queja, la Afiliada o su Proveedor debe incluir una confirmación escrita del embarazo.

### **Limitaciones sobre los Beneficios para adultos (mayores de 19 años de edad)**

- (1) Los Servicios que sean más costosos que la forma de tratamiento proporcionada habitualmente conforme a los principios de la práctica dental aceptados se conocen como "Servicios opcionales". Los Servicios opcionales también incluyen el uso de técnicas especializadas en lugar de los procedimientos estándares.

Ejemplos de Servicios opcionales:

- a) una restauración de empaste compuesto en lugar de una restauración de amalgama en los dientes posteriores;
- b) una corona donde un empaste restauraría el diente;
- c) incrustaciones intracoronarias o restauraciones onlay en lugar de una restauración de amalgama; o
- d) porcelana, resina o materiales similares para coronas colocadas en un segundo o tercer molar maxilar, o en cualquier muela mandibular (se permitirá el uso de porcelana fundida en una corona de alto contenido de metal noble).

Si un Afiliado recibe servicios opcionales, se autorizará un Beneficio alternativo, lo que significa que Delta Dental basará los Beneficios en el costo más bajo del servicio habitual o la práctica estándar en lugar de basarse en el costo más elevado del servicio opcional. El Afiliado tendrá la responsabilidad de cubrir la diferencia entre el costo más alto del servicio opcional y el costo más bajo del servicio habitual o del procedimiento estándar.

- (2) Delta Dental pagará los exámenes bucales (excepto los exámenes que se realicen fuera del horario normal y con fines de observación), siempre y cuando no sean más de dos veces por año calendario.
- (3) Delta Dental no pagará las limpiezas, incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (incluido el mantenimiento periodontal o cualquier combinación de estos) más de dos veces en un año calendario. Se permite un desbridamiento bucal completo una vez de por vida y cuando el Afiliado no tenga antecedentes de procedimientos de profilaxis, limpieza de sarro y alisado radicular, cirugía periodontal o mantenimiento periodontal en un plazo de tres años y se toma en cuenta para el límite de frecuencia de las limpiezas en el año en que se proporcionen. Tenga en cuenta que el mantenimiento periodontal, los códigos de procedimiento que incluyen el mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo se cubren como beneficios básicos, y las limpiezas de rutina (incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave) se cubren como beneficios de diagnóstico y prevención. Consulte la nota sobre los Beneficios adicionales durante el embarazo.
- (4) El desbridamiento de la boca completa no se permite cuando es hecho por el mismo dentista o consultorio dental el mismo día de los procedimientos de evaluación.
- (5) Se permite una evaluación de riesgo de caries una vez cada 12 meses. Una aplicación de medicamento para detener caries provisional está cubierta una vez por diente cada seis (6) meses cuando el Afiliado tiene una evaluación de riesgo de caries y documentación con conclusiones de alto riesgo.
- (6) Limitaciones sobre radiografías:
  - a) Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo aceptado por el Proveedor por una serie intrabucal completa cuando los cargos por cualquier combinación de radiografías intrabucales en una serie única de tratamiento cumplan o excedan el Cargo aceptado para una serie intrabucal completa.

- 
- b) Cuando se presente una placa panorámica junto con una o más placas complementarias, Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo aceptado por el Proveedor para una serie intrabucal completa.
  - c) Si se toma una placa panorámica junto con una serie intrabucal completa, Delta Dental considerará la placa panorámica parte de la serie completa.
  - d) La serie intrabucal completa y la placa panorámica se limitan, cada una, a una vez cada 60 meses.
  - e) Las radiografías de mordida se limitan a una (1) vez cada Año calendario. Las radiografías de mordida de cualquier tipo no pueden facturarse al Afiliado ni a Delta Dental en los 6 meses siguientes a la fecha en la que se haya hecho una serie de radiografías de toda la boca.
  - f) Los procedimientos de captación de imágenes no son servicios permitidos por separado.
- (7) Las pruebas de vitalidad de la pulpa están permitidas una vez al día cuando no se realice un tratamiento definitivo.
  - (8) Las consultas con especialistas se limitan a una vez de por vida por Proveedor y cuentan para la frecuencia de los exámenes bucales. Las pruebas de detección para pacientes o las evaluaciones de pacientes informadas individualmente cuando están cubiertas se limitan a solo una en un periodo de 12 meses y se incluyen si se informan, con cualquier otro examen en la misma fecha de servicio y en el consultorio del Proveedor.
  - (9) Delta Dental no cubrirá el reemplazo de restauraciones de amalgama y empaste compuesto de resina ni de restauraciones prefabricadas en los 24 meses siguientes al tratamiento si el mismo Proveedor o consultorio de un Proveedor proporciona el servicio. Las restauraciones de reemplazo, incluida la reinserción de un fragmento de diente, hechas en los primeros 24 meses, se incluyen en el cargo hecho por la restauración original.
  - (10) Las restauraciones de protección (empastes sedantes) se permiten una vez por diente de por vida cuando el tratamiento definitivo no se realice en la misma fecha del servicio.
  - (11) La pulpotomía terapéutica se limita a una vez de por vida para los dientes de bebé (de leche) únicamente, y se considera un tratamiento paliativo para los dientes permanentes.
  - (12) El desbridamiento del tejido pulpar y la pulpotomía parcial para génesis del ápice se limitan a una vez de por vida.
  - (13) La terapia pulpar (empaste reabsorbible) se limita a una vez de por vida. El tratamiento posterior del tratamiento de conducto radicular realizado por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.
  - (14) La hemisección (incluida la extracción de raíz), sin incluir tratamiento de conducto radicular, amputación de raíz por raíz, arreglo de defectos de perforación en la raíz interna y terapia de endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado, se limita a una vez de por vida.
  - (15) El tratamiento posterior de cirugía apical realizado por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.
  - (16) La retención de la espiga no se cubre más de una vez en cualquier periodo de 24 meses.
  - (17) El tratamiento paliativo se cubre por consulta, no por diente, y el cargo incluye todo el tratamiento proporcionado, excepto las radiografías o los procedimientos de diagnóstico seleccionados que se requieran.
  - (18) Limitaciones periodontales:
    - a) Los beneficios para la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante se limitan a una vez en cada periodo de 24 meses. Consulte la nota sobre los Beneficios adicionales durante el embarazo. En caso de que falte la documentación respaldatoria correspondiente, no se beneficiarán más de dos cuadrantes para la limpieza de sarro y alisado radicular en la misma fecha de servicio.

- 
- b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez cada 36 meses e incluye cualquier reingreso quirúrgico o limpieza de sarro y alisado radicular que tenga lugar en un plazo de 36 meses y esté a cargo del mismo dentista o consultorio dental.
  - c) Los servicios periodontales, incluidos los injertos de reemplazo óseo, la regeneración guiada de tejido, los procedimientos de injertos y los materiales biológicos de apoyo en la regeneración del tejido blando y óseo solo se cubren para el tratamiento de los dientes naturales y no cuando se proporcionan junto con extracciones, cirugías perirradiculares, aumentos de cresta o implantes.
  - d) Las regeneraciones tisulares guiadas no constituyen un beneficio conjuntamente con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.
  - e) La cirugía periodontal está sujeta a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular en el mismo cuadrante.
  - f) Las limpiezas (regulares y periodontales) y el desbridamiento bucal completo están sujetos a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y del alisado radicular si los realiza el mismo consultorio de Proveedores.
- (19) Los servicios de cirugía bucal se cubren una vez de por vida, excepto la extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos, la extirpación de lesiones benignas y los procedimientos de incisión y drenaje, los cuales se cubren una vez en el mismo día.
  - (20) La anestesia general, sedación intravenosa moderada (en estado consciente), solo es un beneficio cuando la proporciona un dentista junto con procedimientos de cirugía bucal cubiertos o procedimientos quirúrgicos periodontales o de endodoncia seleccionados.
  - (21) Las coronas, incrustaciones intracoronarias y restauraciones onlay no se cubren más de una vez en cualquier periodo de 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que la corona, incrustación intracoronaria o restauración onlay existente no es satisfactoria ni se puede arreglar para que lo sea porque el diente afectado ha experimentado una pérdida importante o cambios en la estructura dental o los tejidos de apoyo.
  - (22) La reconstrucción de muñón, incluidas las espigas, no se cubre más de una vez en cualquier periodo de 60 meses.
  - (23) Los servicios de perno-muñón no se cubren más de una vez en cualquier periodo de 60 meses.
  - (24) Los arreglos de corona no se cubren más de una vez en cualquier periodo de 60 meses. Las coronas, las incrustaciones intracoronarias o restauraciones onlay, y los puentes fijos incluyen arreglos en los veinticuatro (24) meses posteriores a la colocación.
  - (25) Si se permite en los seis (6) meses siguientes a una restauración, al beneficio de una corona, una incrustación intracoronaria, una restauración onlay o un servicio de prostodoncia fija se le restará el beneficio pagado por la restauración.
  - (26) Los arreglos de dentaduras postizas no se cubren más de una vez en cualquier periodo de seis (6) meses, excepto para arreglos de dentaduras postizas fijas, que no se cubren más de una vez en cualquier periodo de 60 meses.
  - (27) Los aparatos de prostodoncia proporcionados por cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán solo después de que hayan pasado 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que existe una pérdida importante de los dientes restantes o un cambio en el tejido de apoyo de modo que el puente fijo o la dentadura postiza existente no puedan arreglarse de manera satisfactoria. El reemplazo de un aparato de prostodoncia que no se proporcione de acuerdo con un programa de Delta Dental se llevará a cabo si Delta Dental determina que el aparato no es satisfactorio ni puede arreglarse de manera satisfactoria.
  - (28) Cuando se coloquen un puente fijo posterior y una dentadura postiza parcial extraíble en el mismo arco dentario y en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será un Beneficio.
  - (29) La recementación de coronas, incrustaciones intracoronarias, restauraciones onlay, perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente, o puentes se incluye en el cargo por la corona, la incrustación intracoronaria, la restauración onlay o el puente cuando la realice el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores en los seis (6) meses siguientes a la colocación



---

inicial. Después de seis (6) meses, el pago se limitará a una (1) recementación de por vida hecha por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores.

- (30) La colocación inicial de un aparato de prostodoncia no es un beneficio, a menos que el aparato de prostodoncia, el puente o la dentadura postiza sean necesarios debido a una extracción de dientes naturales y permanentes que haya ocurrido mientras el Afiliado estaba inscrito en un plan de Delta Dental.
- (31) El ajuste oclusal, limitado, se permite una vez en un periodo de 60 meses.
- (32) Delta Dental limita el pago de dentaduras postizas a una dentadura postiza parcial o completa estándar (se aplican los coseguros del Afiliado). Una dentadura postiza estándar significa un aparato extraíble para reemplazar los dientes naturales y permanentes que se hayan perdido, el cual está hecho de materiales aceptables por medios convencionales e incluye atención de rutina después de la colocación, incluidos los ajustes y recubrimientos durante los primeros seis (6) meses después de la colocación.
  - a) El rebasado de dentadura postiza se limita a uno (1) por arco dentario en un periodo de 24 meses e incluye cualquier recubrimiento y ajuste durante seis (6) meses después de la colocación.
  - b) Las dentaduras postizas, las dentaduras postizas parciales extraíbles y los recubrimientos incluyen ajustes durante los seis (6) meses siguientes a la colocación. Después de los seis (6) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a uno (1) por arco dentario en un periodo de seis (6) meses. Las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales extraíbles inmediatas incluyen ajustes durante los tres (3) meses posteriores a la instalación. Después de los tres (3) primeros meses de un ajuste o recubrimiento, los ajustes se limitan a dos (2) por arco dentario en un año calendario y el recubrimiento se limita a uno (1) por arco dentario en un periodo de seis (6) meses.
  - c) El acondicionamiento del tejido se limita a dos (2) por arco dentario en un periodo de 12 meses. Sin embargo, el acondicionamiento del tejido no se permite como un beneficio por separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de recubrimiento o rebasado de dentadura postiza.
  - d) La recementación de dentaduras postizas parciales fijas se limita a una vez de por vida.
- (33) La frenulectomía solo se considera en casos de anquiloglosia (lengua-trabada) que interfiera con comer o hablar según sea diagnosticado y documentado por un médico, o si hay un frenillo que penetre la papila e interfiera con el cierre de un diastema.
- (34) Los cargos de los servicios de Teleodontología asincrónicos o sincrónicos se consideran incluidos en el manejo general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.

### **Exclusiones sobre los Beneficios para adultos (mayores de 19 años de edad)**

#### **Delta Dental no paga Beneficios por lo siguiente:**

- (1) tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes sobre compensación de los trabajadores o responsabilidad patronal; servicios recibidos sin costo por parte de cualquier organismo federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por la ley.
- (2) cirugía cosmética o procedimientos por razones meramente cosméticas, incluido el blanqueamiento dental y los revestimientos.
- (3) prótesis maxilofaciales.
- (4) restauraciones provisionales o temporales.
- (5) Servicios para tratar malformaciones congénitas (hereditarias) o de desarrollo (posteriores al nacimiento), incluidos, entre otros, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (falta congénita de dientes), excepto aquellos Servicios proporcionados a

---

niños recién nacidos por defectos congénitos o anormalidades de nacimiento diagnosticados médicamente.

- (6) Tratamiento para estabilizar los dientes, tratamiento para restaurar la estructura de los dientes perdida por desgaste, erosión o abrasión; o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes que estén fuera de alineación u oclusión. Algunos ejemplos incluyen, entre otros: equilibrio, ferulización periodontal, ajuste oclusal completo, protectores dentales nocturnos o protectores oclusales y abfracción.
- (7) Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en la que el Afiliado se volvió elegible para recibir servicios de acuerdo con este plan.
- (8) Medicamentos recetados, medicamentos, analgésicos, agentes antimicrobianos o procedimientos experimentales o de investigación.
- (9) cargos por anestesia, excepto la anestesia general y la sedación por vía intravenosa administrada por un Proveedor en relación con una cirugía bucal cubierta o con procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia seleccionados.
- (10) Injertos extrabucles (injertos de tejidos obtenidos del exterior de la boca para colocarlos en los tejidos bucales).
- (11) Servicios para implantes (aparatos protésicos colocados en el hueso de la mandíbula superior o inferior o sobre este para retener o dar soporte a la prótesis dental), su extracción u otros procedimientos asociados.
- (12) incrustaciones intracoronarias o Restauraciones Onlay a base de resina fabricadas indirectamente.
- (13) Cargos realizados por cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier cargo adicional que cobre el Proveedor por un tratamiento realizado en alguno de dichos centros.
- (14) Tratamiento realizado por alguien que no sea un Proveedor o una persona que por ley pueda trabajar bajo la supervisión directa de un Proveedor.
- (15) Los cargos en los que se incurra por instrucción sobre higiene bucal, los programas de control de la placa, los programas de control preventivo, incluidos los tiempos de atención domiciliaria, la instrucción alimenticia, la duplicación de radiografías, las pruebas de detección de cáncer, la orientación sobre el tabaco o las citas canceladas no son procedimientos que puedan pagarse por separado.
- (16) Servicios administrativos de la práctica dental que incluyen, entre otros, la elaboración de las reclamaciones, cualquier fase de la odontología que no sea parte de un tratamiento, como la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización del equipo o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante el transcurso habitual de un tratamiento, como hisopos, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación como la música.
- (17) procedimientos que tengan un pronóstico dudoso con base en la revisión profesional que haga un asesor dental de la documentación presentada.
- (18) 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.
- (19) Deducibles, cantidades que superen los límites máximos del plan o cualquier servicio que no esté cubierto bajo el plan dental.
- (20) Servicios cubiertos bajo el plan dental, pero que excedan las limitaciones de Beneficios o no cumplan las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación.
- (21) la colocación inicial de cualquier aparato de prostodoncia, a menos que dicha colocación sea necesaria para reemplazar uno o más dientes permanentes y naturales extraídos mientras el Afiliado está cubierto conforme al Contrato, o estaba cubierto conforme a algún plan de cuidado dental de Delta Dental. La extracción de un tercer molar (muela del juicio) no reúne los

---

requisitos conforme a lo anterior. Toda dentadura postiza o puente fijo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos.

- (22) Servicios para el tratamiento de Ortodoncia (tratamiento de la disoclusión de los dientes o mandíbula), incluidos los Servicios relacionados con la Ortodoncia como las radiografías cefalométricas, imágenes fotográficas y moldes bucales o faciales para diagnóstico, acceso quirúrgico a un diente que no ha salido, colocación de un dispositivo para facilitar la salida de un diente traumatizado y reposicionamiento quirúrgico de los dientes.
- (23) Servicios por cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (TMJ, por sus siglas en inglés) (mandíbula) o de los músculos, nervios y otros tejidos asociados.
- (24) Servicios o materiales para selladores, flúor, separadores, formación del ápice y fibrotomía transeptal o fibrotomía supracrestal.
- (25) citas perdidas o canceladas.
- (26) Medidas adoptadas para programar las citas del paciente y garantizar su cumplimiento están incluidas en las operaciones del consultorio y no constituyen un servicio que se paga por separado.
- (27) Los cargos para la coordinación de la atención se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.
- (28) Entrevista motivacional sobre gestión de casos dentales y educación del paciente para mejorar la alfabetización de salud bucal.
- (29) Procedimiento de diagnóstico no ionizante que puede cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento.
- (30) Extraoral: radiografía de proyección 2D y radiografía dental posterior extraoral.
- (31) pruebas de diabetes.
- (32) Corticotomía (procedimiento de cirugía bucal especializado relacionado con la ortodoncia).
- (33) Pruebas de antígenos o anticuerpos.
- (34) Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucal, conductual y sistémica asociados al uso de sustancias de alto riesgo.

### **Descripción de los Servicios dentales para los Beneficios pediátricos (menores de 19 años de edad)**

Delta Dental pagará o, de otro modo, saldará el Nivel de beneficios del contrato que se muestra en el Anexo A para los Beneficios de salud esenciales y los beneficios que se enumeran a continuación en la Lista de Servicios Cubiertos cuando sean brindados por un Proveedor y sean necesarios y habituales de acuerdo con los principios de la práctica dental generalmente aceptados y para los Servicios de Ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico. El tratamiento de Ortodoncia es un beneficio de este plan dental únicamente cuando sea necesario desde el punto de vista médico, según lo pruebe una maloclusión discapacitante grave y se cuente con una autorización previa. La maloclusión discapacitante grave no es un problema cosmético. Los dientes deben estar gravemente desalineados de forma que provoquen problemas funcionales que afecten a la salud bucal o general. Los beneficios para los servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico se proporcionarán en pagos periódicos con base en la continuidad de la inscripción.

#### **• Servicios de diagnóstico y prevención**

- (1) Diagnóstico: procedimientos para ayudar al Proveedor a determinar el tratamiento dental requerido, incluidos los exámenes bucales y las radiografías.
- (2) Prevención: limpieza, incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca (el mantenimiento periodontal se considera un beneficio básico para fines de pago), aplicación tópica de soluciones de flúor, separadores.

- 
- (3) Selladores: materiales de acrílico, de plástico o compuestos aplicados de manera tópica para sellar hendiduras y fosas del desarrollo en las muelas permanentes con el fin de prevenir las caries.
- (4) Consultas con especialistas: opiniones o consejos solicitados por un dentista general.
- **Servicios básicos**
    - (1) Anestesia general o sedación por vía intravenosa: cuando se administra por un Proveedor para la Cirugía bucal cubierta o para procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia seleccionados.
    - (2) Limpiezas periodontales: mantenimiento periodontal.
    - (3) Paliativo: tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
    - (4) Restauración: las restauraciones (empastes) de amalgama y de empaste compuesto de resina y las restauraciones prefabricadas de acero inoxidable para el tratamiento de lesiones de caries (destrucción visible de la estructura dura de los dientes ocasionada por las caries).
  - **Servicios mayores**
    - (1) Coronas: tratamiento de lesiones cariosas (caries visible de la estructura dura de los dientes) cuando no sea posible restaurar los dientes con una amalgama o empastes compuestos de resina.
    - (2) Prostodoncia: procedimientos para la construcción de dentaduras postizas parciales o completas y el arreglo de puentes fijos; colocación y extracción quirúrgicas de implantes; y para prótesis apoyadas por implantes, incluidos el arreglo y la recementación de los implantes.
    - (3) Cirugía bucal: extracciones y otros procedimientos quirúrgicos determinados (incluido el cuidado preoperatorio y posoperatorio).
    - (4) Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
    - (5) Periodontología: tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes.
    - (6) Arreglos de dentadura postiza: arreglo de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos los procedimientos de rebasado y recubrimiento.
  - **Nota del beneficio de evaluación, diagnóstico y tratamiento regulares y tempranos (EPSDT, por sus siglas en inglés).**

La administración de este diseño de plan debe cumplir los requisitos del plan dental pediátrico de referencia de beneficios de salud esenciales (EHB, por sus siglas en inglés), incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica, según se define en el beneficio de evaluación, diagnóstico y tratamiento regulares y tempranos (EPSDT).
  - **Nota sobre los Beneficios adicionales durante el embarazo**

Cuando una Afiliada está embarazada, Delta Dental pagará servicios adicionales para ayudar a mejorar la salud bucal de la Afiliada durante el embarazo. Los servicios adicionales cada Año calendario mientras la Afiliada tenga cobertura en virtud del Contrato incluyen un (1) examen bucal adicional y una (1) limpieza de rutina adicional o una (1) limpieza de sarro periodontal y alisado radicular adicional por cuadrante o un (1) procedimiento adicional de mantenimiento periodontal. Al presentar la queja, la Afiliada o su Proveedor debe incluir una confirmación escrita del embarazo.

## Lista de servicios cubiertos

Los códigos de procedimiento y las nomenclaturas de esta lista son propiedad intelectual de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés). Esta tabla representa códigos de procedimiento y nomenclaturas extraídos de la versión del nomenclador dental actual (CDT®, por sus siglas en inglés) en vigencia a la fecha de impresión de este documento. La administración de los beneficios, las limitaciones y exclusiones de Delta Dental de acuerdo con este plan se basará en todo momento en la versión del CDT vigente, ya sea que se proporcione o no una tabla revisada.

<b>Código del procedimiento</b>	<b>Descripción y limitaciones del procedimiento</b>
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>	
D0120	Evaluación periódica de la boca - paciente establecido: una vez cada 6 meses por proveedor
D0140	Evaluación limitada de la boca - enfocada en el problema: una vez por paciente por proveedor
D0145	Evaluación de la boca para un paciente menor de tres años de edad y orientación con el cuidador primario
D0150	Evaluación completa de la boca - paciente nuevo o establecido: una vez por paciente por proveedor
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca - enfocada en el problema, por informe: una vez por paciente por proveedor
D0170	Reevaluación - limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta posoperatoria): 6 en un periodo de 3 meses, sin exceder 12 en un periodo de 12 meses
D0171	Reevaluación - visita al consultorio posoperatoria
D0180	Evaluación periodontal completa - paciente nuevo o establecido
D0210	Intrabucal; serie completa de radiografías: una vez por proveedor cada 36 meses
D0220	Intrabucal - primera radiografía periapical: límite máximo de 20 imágenes (D0220, D0230) en 12 meses por proveedor
D0230	Intrabucal - cada radiografía periapical adicional: límite máximo de 20 imágenes (D0220, D0230) en 12 meses por proveedor
D0240	Intrabucal - radiografía oclusal: límite máximo de 2 en 6 meses por proveedor
D0250	Extrabucal - radiografía de proyección en 2D creada por medio de una fuente de radiación estacionaria y un detector: una vez por fecha de servicio
D0251	Radiografía dental posterior extraoral: 4 por fecha de servicio
D0270	Radiografía de mordida - una radiografía: una vez por fecha de servicio
D0272	Radiografías de mordida - dos radiografías: una vez cada 6 meses por proveedor
D0273	Radiografías de mordida - tres radiografías
D0274	Radiografías de mordida - cuatro radiografías: una vez cada 6 meses por proveedor, mayores de 10 años de edad
D0277	Radiografías de mordida verticales - de 7 a 8 radiografías: límite máximo de 4
D0310	Sialografía
D0320	Artrografía de la articulación temporomandibular con inyección incluida: límite máximo de 3 por fecha de servicio
D0322	Inspección tomográfica: dos veces cada 12 meses por proveedor
D0330	Radiografía panorámica: una vez cada 36 meses por proveedor
D0340	Radiografía cefalométrica en 2D - adquisición, medida y análisis: dos veces cada 12 meses por proveedor
D0350	Imagen fotográfica bucal o facial en 2D tomada de manera intrabucal o extrabucal: límite máximo de 4 por fecha de servicio
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa
D0470	Moldes para diagnóstico: una vez por proveedor

D0502	Otros procedimientos patológicos bucales, por informe
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo bajo: un procedimiento (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por proveedor
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo moderado: un procedimiento (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por proveedor
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo alto: un procedimiento (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por proveedor
D0701	Radiografía panorámica - solo imágenes
D0702	Radiografía cefalométrica en 2D - solo imágenes
D0703	Imagen fotográfica 2-D bucal o facial obtenida por vía intrabucal o extrabucal: solo imágenes
D0705	Radiografía dental posterior extrabucal - solo imágenes
D0706	Intrabucal - radiografía oclusal - solo imágenes
D0707	Intrabucal - radiografía periapical - solo imágenes
D0708	Intrabucal - radiografía de mordida - solo imágenes
D0709	Intrabucal - serie completa de radiografías - solo imágenes
D0801	Escáner 3D intraoral; directo: una vez por fecha de servicio
D0802	Escáner 3D intraoral; indirecto: una vez por fecha de servicio
D0803	Escáner 3D facial; directo: una vez por fecha de servicio
D0804	Escáner 3D facial; indirecto: una vez por fecha de servicio
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe
D1110	Profilaxis - adulto: una vez cada 6 meses
D1120	Profilaxis - niño: una vez cada 6 meses
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor: una vez cada 6 meses y se aplica la limitación de frecuencia para D1208
D1208	Aplicación tópica de barniz de flúor - no incluye el barniz: una vez cada 6 meses y se aplica la limitación de frecuencia para D1206
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales
D1320	Orientación sobre el consumo de tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucal, conductual y sistémica asociados al uso de sustancias de alto riesgo
D1330	Instrucciones de higiene bucal
D1351	Sellador - por diente: una vez por muela permanente cada 36 meses por proveedor si no tienen caries (dientes picados) ni restauraciones en la superficie oclusal.
D1352	Restauración preventiva de resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto - dientes permanentes: una vez por diente cada 36 meses por proveedor
D1353	Arreglo de sellador - por diente
D1354	Aplicación de medicamento para detener caries provisional - por diente: una vez cada 6 meses
D1355	Solicitud de medicamentos preventivos anticaries - por diente
D1510	Separador - fijo - unilateral - por cuadrante: una vez por cuadrante por paciente hasta los 17 años de edad
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar: una vez por arco dentario por paciente hasta los 17 años de edad
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular: una vez por arco dentario por paciente hasta los 17 años de edad
D1520	Separador - extraíble - unilateral - por cuadrante: una vez por cuadrante por paciente hasta los 17 años de edad

D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar: una vez por arco dentario por paciente hasta los 17 años de edad
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular: una vez por arco dentario por paciente hasta los 17 años de edad
D1551	Recementación o readhesión de separador bilateral - maxilar: una vez por proveedor por cuadrante o arco dentario hasta los 17 años de edad
D1552	Recementación o readhesión de separador bilateral - mandibular: una vez por proveedor por cuadrante o arco dentario hasta los 17 años de edad
D1553	Recementación o readhesión de separador unilateral - por cuadrante: una vez por proveedor por cuadrante o arco dentario hasta los 17 años
D1556	Extracción del separador fijo unilateral - por cuadrante
D1557	Extracción del separador fijo bilateral - maxilar
D1558	Extracción del separador fijo bilateral - mandibular
D1575	Separador de calzado distal - fijo - unilateral - por cuadrante: una vez por cuadrante de por vida; menores de 9 años
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave - toda la boca, después de una evaluación de la boca: una vez cada 6 meses
D9310	Consulta - servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico distinto al dentista o médico que lo solicita
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud
D9997	Manejo de caso dental - pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud
<b>Servicios básicos</b>	
D2140	Amalgama - una superficie, primaria o permanente: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2150	Amalgama - dos superficies, primarias o permanentes: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2160	Amalgama - tres superficies, primarias o permanentes: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, primarias o permanentes: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2330	Empaste compuesto de resina - una superficie, anterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2331	Empaste compuesto de resina - dos superficies, anterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2332	Empaste compuesto de resina - tres superficies, anterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2335	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies o con ángulo incisal (anterior): una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2390	Corona de empaste compuesto de resina, anterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2391	Empaste compuesto de resina - una superficie, posterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2392	Empaste compuesto de resina - dos superficies, posterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2393	Empaste compuesto de resina - tres superficies, posterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2394	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies, posterior: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes

D2910	Recementación o readhesión de incrustación intracoronaria, restauración onlay, revestimiento o restauración de cobertura parcial: una vez cada 12 meses por proveedor
D2915	Recementación o readhesión del perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente: realizada junto con la recementación de una corona existente o nueva y no se paga por separado
D2920	Recementación o refijación de corona: una vez cada 12 meses por proveedor
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide: una vez en 12 meses.
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica; dientes permanentes: una vez cada 36 meses
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - dientes primarios: una vez cada 12 meses
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - dientes primarios: una vez cada 12 meses
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - dientes permanentes; una vez cada 36 meses
D2932	Corona prefabricada de resina: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina: una vez cada 12 meses para dientes primarios, una vez cada 36 meses para dientes permanentes
D2940	Restauración de protección: una vez por diente cada 6 meses por proveedor
D2941	Restauración terapéutica provisional - dentición primaria: una vez en 6 meses por proveedor
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas cuando sea necesario
D2951	Retención de la espiga - por diente, además de la restauración: una vez por diente para dientes permanentes
D2952	Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente: una vez por diente
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente - en el mismo diente
D2954	Perno-muñón prefabricado, además de una corona: una vez por diente
D2955	Extracción de perno
D2957	Cada perno adicional prefabricado - en el mismo diente
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje bajo un marco de dentadura postiza parcial existente
D2980	Arreglo de corona por falla del material restaurador
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en una consulta posterior
D4910	Mantenimiento periodontal: una vez cada trimestre calendario y solamente en los 24 meses posteriores a los servicios de limpieza de sarro y alisado radicular más recientes, mayores de 13 años
D6081	Limpieza de sarro y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante que incluye la limpieza de las superficies del implante, sin la entrada y el cierre del colgajo: una vez por diente en 24 meses
D7922	colocación de vendaje biológico encajado para asistir en la hemostasis o estabilización del coágulo, por sitio
D9110	Tratamiento paliativo de dolor de dientes; por visita: una vez por fecha de servicio por proveedor sin importar el número de dientes o de áreas que se traten
D9120	Segmentación de dentadura postiza parcial fija
D9210	Anestesia local no junto con procedimientos operativos o quirúrgicos: una vez por fecha de servicio por proveedor



D9211	Anestesia por bloqueo regional
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales posteriores
D9230	Inhalación de óxido nitroso/ansiólisis, analgesia
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - primeros 15 minutos
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - cada 15 minutos adicionales posteriores
D9248	Sedación no intravenosa en estado consciente: una vez por fecha de servicio
D9410	Consulta a domicilio/en un centro de cuidado a largo plazo: una vez por paciente por fecha de servicio
D9420	Consulta en un centro de cirugía hospitalaria o ambulatoria
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual) - no se brindan otros servicios: una vez por fecha de servicio por proveedor
D9440	Visita al consultorio - después del horario habitual: una vez por fecha de servicio por proveedor
D9610	Medicamento parenteral terapéutico, administración única: límite máximo de 4 inyecciones por fecha de servicio
D9612	Medicamentos terapéuticos por vía parenteral, dos o más administraciones, diferentes medicamentos
D9910	Medicamento para reducir la sensibilidad: una vez cada 12 meses para dientes permanentes
D9930	Tratamiento de complicaciones (posteriores a la cirugía), circunstancias inusuales, por informe: una vez por fecha de servicio por proveedor
D9951	Ajuste oclusal - limitado: una vez cada 12 meses, mayores de 13 años
D9995	Teleodontología: síncrona; servicios en tiempo real
D9996	Teleodontología: asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe
<b>Servicios mayores</b>	
D2710	Corona - empaste compuesto de resina (indirecta): una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D2712	Corona - 3/4 de empaste compuesto de resina (indirecta): una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D2721	Corona - resina con metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D2740	Corona; porcelana/cerámica: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D2751	Corona - porcelana fundida con metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D2781	Corona - 3/4 de molde de metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D2783	Corona - 3/4 de porcelana/cerámica: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D2791	Corona - molde completo de metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D3110	Recubrimiento de la pulpa - directo (no incluye la restauración final)
D3120	Recubrimiento de la pulpa - indirecto (no incluye la restauración final)
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final) - extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos: una vez por diente primario

D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes: una vez por diente
D3222	Pulpotomía parcial de la génesis del ápice - dientes permanentes con desarrollo radicular incompleto: una vez por diente permanente
D3230	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles) - dientes primarios anteriores (no incluye la restauración final): una vez por diente primario
D3240	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles) - dientes primarios posteriores (no incluye la restauración final): una vez por diente primario
D3310	Endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final): una vez por diente por endodoncia inicial (tratamiento posterior de terapia de endodoncia procesado como D3346)
D3320	Endodoncia, premolares (no incluye restauración final): una vez por diente para endodoncia inicial (tratamiento posterior de terapia de conducto radicular procesado como D3347)
D3330	Endodoncia, muelas (no incluye restauración final): una vez por diente para endodoncia inicial (tratamiento posterior de terapia de conducto radicular procesado como D3348)
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna
D3346	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos - dientes anteriores
D3347	Tratamiento posterior de endodoncia previa - dientes bicúspides
D3348	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos - muelas
D3351	Formación del ápice/recalcificación - consulta inicial (cierre apical o arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.): una vez por diente permanente
D3352	Formación del ápice/recalcificación - reemplazo provisional de medicamento: una vez por diente permanente
D3410	Apicectomía - dientes anteriores
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)
D3425	Apicectomía - muelas (primera raíz)
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)
D3428	Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular - por diente, sitio único
D3429	Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular - cada diente contiguo adicional en el mismo sitio quirúrgico
D3430	Empaste retrógrado: por raíz
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular: dientes anteriores
D3431	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de los tejidos blandos y óseos junto con cirugía perirradicular
D3472	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - dientes premolares
D3473	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - dientes molares
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: una vez por cuadrante cada 36 meses, mayores de 13 años
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: una vez por cuadrante cada 36 meses, mayores de 13 años
D4249	Alargamiento clínico de corona - tejido duro
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y cierre) - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: una vez por cuadrante cada 36 meses, mayores de 13 años

D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y cierre) - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante: una vez por cuadrante cada 36 meses, mayores de 13 años
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de los tejidos blandos y óseos, por sitio
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular - cuatro o más dientes por cuadrante: una vez por cuadrante en 24 meses, mayores de 13 años
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular - de uno a tres dientes por cuadrante: una vez por cuadrante en 24 meses, mayores de 13 años
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de descarga controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente
D4920	Cambio de vendaje sin programar (por alguien distinto al dentista consultado o su personal): incluido en el cargo para un servicio completado (D4210, D4211, D4260, D4261) si es el mismo proveedor. Una vez por paciente para un proveedor diferente.
D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe: mayores de 13 años
D5110	Dentadura postiza completa - maxilar: una vez cada 5 años
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular: una vez cada 5 años
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar: una vez por paciente
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular: una vez por paciente
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluido cualquier soporte, diente y gancho convencional): una vez cada 5 años
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluido cualquier soporte, diente y gancho convencional): una vez cada 5 años
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): una vez cada 5 años
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): una vez cada 5 años
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): una vez cada 5 años
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): una vez cada 5 años
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): una vez cada 5 años
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes): una vez cada 5 años
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar: por proveedor, una vez por fecha de servicio y dos veces cada 12 meses
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular: por proveedor, una vez por fecha de servicio y dos veces cada 12 meses
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar: por proveedor, una vez por fecha de servicio y dos veces cada 12 meses
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular: por proveedor, una vez por fecha de servicio y dos veces cada 12 meses
D5511	Arreglo de base de dentadura postiza completa rota, mandibular: por proveedor, una vez por arco dentario por fecha de servicio y dos veces cada 12 meses
D5512	Arreglo de base de dentadura postiza completa rota, maxilar: por proveedor, una vez por arco dentario por fecha de servicio y dos veces cada 12 meses

D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente): por proveedor, 4 por arco dentario por fecha de servicio y dos veces por arco dentario en 12 meses
D5611	Arreglo de base de dentadura postiza de resina, mandibular: por proveedor, una vez por arco dentario por fecha de servicio y dos veces por arco dentario en 12 meses
D5612	Arreglo de base de dentadura postiza de resina, maxilar: por proveedor, una vez por arco dentario por fecha de servicio y dos veces por arco dentario en 12 meses
D5621	Arreglo de molde parcial, mandibular: por proveedor, una vez por arco dentario por fecha de servicio y dos veces por arco dentario en 12 meses
D5622	Arreglo de molde parcial, maxilar: por proveedor, una vez por arco dentario por fecha de servicio y dos veces por arco dentario en 12 meses
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de gancho roto de retención - por diente: por Proveedor, 3 por fecha de servicio y dos veces por arco dentario en 12 meses
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente: por proveedor, 4 por arco dentario por fecha de servicio y dos veces por arco dentario en 12 meses
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente: por proveedor, 3 por fecha de servicio y una vez por diente
D5660	Adición de gancho a una dentadura postiza parcial existente - por diente: por proveedor, 3 por fecha de servicio y dos veces por arco dentario cada 12 meses
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo): una vez cada 12 meses
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo): una vez cada 12 meses
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (directo): una vez cada 12 meses
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (directo): una vez cada 12 meses
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto): una vez cada 12 meses
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto): una vez cada 12 meses
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto): una vez cada 12 meses
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto): una vez cada 12 meses
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar: dos veces por prótesis en 36 meses
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular: dos veces por prótesis en 36 meses
D5862	Dispositivo de precisión, por informe: incluido en el cargo del procedimiento protésico y restaurativo y no se paga por separado
D5863	Sobredentadura - maxilar completa: una vez en 5 años
D5864	Sobredentadura - maxilar parcial: una vez en 5 años
D5865	Sobredentadura - mandibular completa: una vez en 5 años
D5866	Sobredentadura - mandibular parcial: una vez en 5 años
D5899	Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado, por informe
D5911	Moldeado facial (parcial)
D5912	Moldeado facial (completo)
D5913	Prótesis nasal
D5914	Prótesis auricular
D5915	Prótesis orbital
D5916	Prótesis ocular
D5919	Prótesis facial

D5922	Prótesis del tabique nasal
D5923	Prótesis ocular, provisional
D5924	Prótesis craneal
D5925	Prótesis de implante de aumento facial
D5926	Prótesis nasal, reemplazo
D5927	Prótesis auricular, reemplazo
D5928	Prótesis orbital, reemplazo
D5929	Prótesis facial, reemplazo
D5931	Prótesis de obturador, con cirugía
D5932	Prótesis de obturador, definitiva
D5933	Prótesis de obturador, modificación: dos veces cada 12 meses
D5934	Prótesis de resección mandibular con reborde guía
D5935	Prótesis de resección mandibular sin reborde guía
D5936	Prótesis de obturador, provisional
D5937	Aparato para el trismo (no para el tratamiento del trastorno temporomandibular [TMD, por sus siglas en inglés])
D5951	Auxiliar para la alimentación
D5952	Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica
D5953	Prótesis de ayuda para el habla, adultos
D5954	Prótesis de aumento del paladar
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva
D5958	Prótesis de elevación del paladar, provisional
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación: dos veces cada 12 meses
D5960	Prótesis de ayuda para el habla, modificación: dos veces cada 12 meses
D5982	Férula quirúrgica
D5983	Transportador de radiación
D5984	Escudo contra la radiación
D5985	Localizador de conos de radiación
D5986	Transportador de gel de flúor
D5987	Tablilla para comisuras
D5988	Tablilla quirúrgica
D5991	Transportador de medicamento contra enfermedades vesiculoampollosas
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe
D6010	Colocación quirúrgica de cuerpo implantado: implante endóstico
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (segunda etapa de cirugía de implante)
D6012	Colocación quirúrgica de cuerpo implantado provisional para prótesis de transición: implante endóstico
D6013	Colocación quirúrgica de miniimplante
D6040	Colocación quirúrgica: implante epóstico
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico
D6055	Barra conectora - sostenida con implante o con dientes de soporte
D6056	Diente de soporte prefabricado - incluye la modificación y colocación
D6057	Diente de soporte fabricado a medida - incluye la colocación
D6058	Corona de cerámica/porcelana sostenida con dientes de soporte
D6059	Corona de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte

D6060	Corona de porcelana fundida con metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte
D6061	Corona de porcelana fundida con metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte
D6062	Corona de molde de metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte
D6063	Corona de molde de metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte
D6064	Corona de molde de metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte
D6065	Corona de cerámica/porcelana sostenida con implante
D6066	Corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble sostenida con implante
D6067	Corona con alto contenido de metal noble sostenida con implante
D6068	Retenedor sostenido con dientes de soporte para dentaduras postizas parciales fijas (FPD, por sus siglas en inglés) de porcelana/cerámica
D6069	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble)
D6070	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal base principalmente)
D6071	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)
D6072	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (alto contenido de metal noble)
D6073	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal base principalmente)
D6074	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal noble)
D6075	Retenedor sostenido con implante para FPD de cerámica
D6076	Retenedor sostenido con implante para FPD de porcelana fundida con alto contenido de metal noble
D6077	Retenedor sostenido con implante para FPD con alto contenido de metal noble
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implante cuando se extraen y reinsertan prótesis; incluyen la limpieza de las prótesis y de los dientes de soporte
D6082	Corona de porcelana fundida con metal base principalmente sostenida con implante
D6083	Corona de porcelana fundida con metal noble sostenida con implante
D6084	Corona de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio sostenida con implante
D6085	Corona de implante provisional: incluida en el cargo de los servicios de implantes y no se paga por separado
D6086	Corona fundida con metal base principalmente sostenida con implante
D6087	Corona con contenido de metal noble sostenida con implante
D6088	Corona de titanio y aleaciones de titanio sostenida con implante
D6090	Arreglo de prótesis sostenida con implante, por informe
D6091	Reemplazo de pieza reemplazable del dispositivo de precisión o semiprecisión de prótesis sostenida con implante o con dientes de soporte, por dispositivo
D6092	Recementación o refijación de corona sostenida con implante o con dientes de soporte: una vez cada 12 meses por proveedor
D6093	Recementación o refijación de dentadura postiza parcial fija sostenida con implante o con dientes de soporte: una vez cada 12 meses por proveedor
D6094	Corona de titanio y aleaciones de titanio sostenida con dientes de soporte
D6095	Arreglo de diente de soporte de implante, por informe
D6096	Eliminación de tornillo de retención de implante roto

D6097	Corona de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio sostenida con dientes de soporte
D6098	Retenedor sostenido con implante de porcelana fundida con metal base principalmente
D6099	Retenedor sostenido con implante para FPD de porcelana fundida con metal noble
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante
D6105	Extracción del cuerpo de implante que no requiere extracción ósea o elevación del colgajo
D6110	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - maxilar
D6111	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - mandibular
D6112	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes - maxilar
D6113	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes - mandibular
D6114	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - maxilar
D6115	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - mandibular
D6116	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes - maxilar
D6117	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes - mandibular
D6118	Dentadura postiza fija temporal sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - mandibular
D6119	Dentadura postiza fija temporal sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - maxilar
D6120	Retenedor sostenido con implante de porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio
D6121	Retenedor sostenido con implante para FPD de metal con metal base principalmente
D6122	Retenedor sostenido con implante para FPD - contenido de metal noble
D6123	Retenedor sostenido con implante para FPD de metal, titanio y aleaciones de titanio
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe
D6191	Dientes de soporte de semiprecisión - colocación
D6192	Acoplamiento de semiprecisión - colocación
D6194	Corona de retención sostenida con dientes de soporte para FPD de titanio y aleaciones de titanio
D6195	Retenedor sostenido con dientes de soporte de porcelana fundida con titanio y aleación de titanio
D6197	Reemplazo del material de restauración utilizado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis implantosoportada atornillada, por implante: 1 cada 24 meses
D6198	Retire el componente del implante provisional
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe
D6211	Póntico - molde de metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6241	Póntico - porcelana fundida con metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6245	Póntico - porcelana/cerámica: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6251	Póntico - resina con metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años

D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6783	Corona de retención - 3/4 de porcelana/cerámica: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6784	Corona de retención $\frac{3}{4}$ - titanio y aleaciones de titanio: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente: una vez cada 5 años, mayores de 13 años
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija: una vez cada 12 meses por el mismo proveedor
D6980	Arreglo de dentadura postiza parcial fija por falla del material restaurador: una vez cada 12 meses después de la colocación original o arreglo previo realizado por el mismo proveedor
D6999	Procedimiento prostodóntico fijo no especificado, por informe: una vez cada 12 meses después de la colocación original realizada por el mismo proveedor
D7111	Extracción, restos de corona - dientes primarios
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps)
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado
D7220	Extracción de un diente traumatizado - tejido blando
D7230	Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo parcial
D7240	Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total
D7241	Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales
D7250	Extracción quirúrgica de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)
D7260	Cierre de fístula oroantral
D7261	Cierre primario de una perforación de la cavidad nasal
D7270	Reimplantación de un diente o estabilización de un diente extirpado o desplazado por accidente: una vez por arco dentario, independientemente de la cantidad de dientes involucrados, dientes permanentes anteriores.
D7280	Exposición de un diente no erupcionado
D7283	Colocación de un aparato que facilite la dentición de un diente traumatizado
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal - duro (hueso, diente): una vez por arco dentario por fecha de servicio
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal - blando: límite máximo de 3 por fecha de servicio
D7290	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes: una vez por arco dentario para dientes permanentes para pacientes en tratamiento activo de ortodoncia
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe: una vez por arco dentario
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante
D7320	Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante



D7321	Alveoloplastia sin extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante
D7340	Vestibuloplastia - extensión de la cresta (epitelización secundaria): una vez por arco dentario cada 5 años
D7350	Vestibuloplastia - extensión de la cresta (incluidos los injertos de tejido blando, la reconexión muscular, la revisión de la conexión del tejido blando y el tratamiento del tejido hipertrofiado e hiperplásico): una vez por arco dentario
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm
D7411	Extirpación de lesión benigna de más de 1.25 cm
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm
D7414	Extirpación de lesión maligna de más de 1.25 cm
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada
D7440	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm
D7441	Extirpación de tumor maligno - diámetro de la lesión de más de 1.25 cm
D7450	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm
D7451	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico - diámetro de la lesión de más de 1.25 cm
D7460	Extracción de quiste o tumor benigno no odontogénico - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm
D7461	Extracción de quiste o tumor benigno no odontogénico - diámetro de la lesión de más de 1.25 cm
D7465	Destrucción de lesiones por un método físico o químico, por informe
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular): una vez por cuadrante
D7472	Extracción del rodete palatino: una vez durante la vida del paciente
D7473	Extracción del rodete mandibular: una vez por cuadrante
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea: una vez por cuadrante
D7490	Resección radical del hueso maxilar o de la mandíbula
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico
D7510	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intrabucal: una vez por cuadrante en la misma fecha de servicio
D7511	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intrabucal - complicados (incluido el drenaje de múltiples espacios fasciales): una vez por cuadrante en la misma fecha de servicio
D7520	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extrabucal
D7521	Incisión y drenaje de absceso - tejido blando extrabucal - complicado (incluido el drenaje de varios espacios fasciales)
D7530	Extracción de un cuerpo externo de la mucosa, la piel o el tejido subcutáneo alveolar: una vez por fecha de servicio
D7540	Extracción de cuerpos externos que producen reacciones en el sistema musculoesquelético: una vez por fecha de servicio
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extracción de hueso no vital: una vez por cuadrante por fecha de servicio
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de un fragmento dental o un cuerpo externo
D7610	Hueso maxilar - reducción abierta (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)
D7620	Hueso maxilar - reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)
D7630	Mandíbula - reducción abierta (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)
D7640	Mandíbula - reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)
D7650	Arco dentario malar o cigomático - reducción abierta

D7660	Arco dentario malar o cigomático - reducción cerrada
D7670	La reducción cerrada de alvéolo puede incluir la estabilización de los dientes
D7671	La reducción abierta de alvéolo puede incluir la estabilización de los dientes
D7680	Huesos faciales - reducción complicada con fijación y enfoques quirúrgicos múltiples
D7710	Reducción abierta de hueso maxilar
D7720	Hueso maxilar - reducción cerrada
D7730	Mandíbula - reducción abierta
D7740	Mandíbula - reducción cerrada
D7750	Arco dentario malar o cigomático - reducción abierta
D7760	Arco dentario malar o cigomático - reducción cerrada
D7770	Alvéolo - reducción abierta, estabilización de los dientes
D7771	Alvéolo - reducción cerrada, estabilización de los dientes
D7780	Huesos faciales - reducción complicada con fijación y enfoques quirúrgicos múltiples
D7810	Reducción abierta de una dislocación
D7820	Reducción cerrada de una dislocación
D7830	Manipulación bajo anestesia
D7840	Condilectomía
D7850	Discectomía quirúrgica, con o sin implante
D7852	Arreglo de disco
D7854	Sinovectomía
D7856	Miotomía
D7858	Reconstrucción de una articulación
D7860	Artrotomía
D7865	Artroplastia
D7870	Artrocentesis
D7871	Lisis y lavado no artroscópico
D7872	Artroscopia de diagnóstico, con o sin biopsia
D7873	Artroscopia: lavado y lisis de las adherencias
D7874	Artroscopia: reposicionamiento y estabilización del disco
D7875	Artroscopia: sinovectomía
D7876	Artroscopia: discectomía
D7877	Artroscopia: desbridamiento
D7880	Dispositivo ortésico oclusal, por informe
D7881	Ajuste de dispositivo ortésico oclusal: una vez por fecha de servicio por proveedor, dos en 12 meses por proveedor
D7899	Terapia de TMD no especificado, por informe
D7910	Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm
D7911	Sutura complicada - de hasta 5 cm
D7912	Sutura complicada - de más de 5 cm
D7920	Injerto de piel (identificar el defecto cubierto, la ubicación y el tipo de injerto)
D7940	Osteoplastia - para deformidades ortognáticas
D7941	Osteotomía - ramos mandibulares
D7943	Osteotomía - ramos mandibulares con injerto de hueso; incluye la obtención del injerto
D7944	Osteotomía - segmentada o subapical

D7945	Osteotomía - cuerpo de la mandíbula
D7946	Le Fort I (hueso maxilar, total)
D7947	Le Fort I (hueso maxilar, segmentado)
D7948	Le Fort II o Le Fort III (osteoplastia de los huesos faciales para la hipoplasia o la retropulsión a la mitad de la cara) - sin injerto de hueso
D7949	Le Fort II o Le Fort III - con injerto de hueso
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o cartilaginoso en la mandíbula o el hueso maxilar - autógeno o no autógeno, por informe
D7951	Aumento del seno con hueso o sustitutos de hueso a través de un acceso lateral abierto
D7952	Aumento del seno mediante acceso vertical
D7955	Arreglo de un defecto maxilofacial de tejido blando o duro
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)
D7963	Frenuloplastia: una vez por arco dentario por fecha de servicio
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico - por arco dentario: una vez por arco dentario por fecha de servicio
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa: una vez por cuadrante por fecha de servicio
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica
D7980	Sialolitotomía quirúrgica
D7981	Extirpación de la glándula salival, por informe
D7982	Sialodocoplastia
D7983	Cierre de una fistula salival
D7990	Traqueotomía de emergencia
D7991	Coronoidectomía
D7995	Injerto sintético - mandíbula o huesos faciales, por informe
D7997	Extracción de aparato (no realizada por el dentista que lo colocó); incluye la extracción de la barra del arco: una vez por arco dentario por fecha de servicio
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe
D9950	Análisis de oclusión - montaje en articulador: una vez cada 12 meses, mayores de 13 años
D9952	Ajuste oclusal - completo: una vez cada 12 meses, mayores de 13 años
<b><u>Ortodoncia</u></b>	
D8080	Tratamiento de ortodoncia completo en la dentición adolescente: una vez por paciente por fase de tratamiento
D8210	Terapia con aparato extraíble: una vez por paciente, de 6 a 12 años de edad
D8220	Terapia con aparato fijo: una vez por paciente, de 6 a 12 años de edad
D8660	Examen antes del tratamiento de ortodoncia para supervisar el crecimiento y desarrollo: una vez cada 3 meses para un límite máximo de 6 durante la vida del paciente
D8670	Consulta periódica de tratamiento de ortodoncia: una vez por trimestre calendario
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, elaboración y colocación de retenedores extraíbles): una vez por arco dentario para cada fase autorizada del tratamiento de ortodoncia
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble Se incluye en el cargo del servicio de ortodoncia completo y no se paga por separado.
D8696	Arreglo de aparato de ortodoncia - maxilar: una vez por aparato
D8697	Arreglo de aparato de ortodoncia - mandibular: una vez por aparato

D8698	Recementación o readhesión de retenedor fijo - maxilar: una vez por proveedor
D8699	Recementación o readhesión de retenedor fijo - mandibular: una vez por proveedor
D8701	Arreglo de retenedor fijo, incluye re inserción - maxilar: Se incluye en el cargo del servicio de ortodoncia completo y no se paga por separado.
D8702	Arreglo de retenedor fijo, incluye re inserción - mandibular: Se incluye en el cargo del servicio de ortodoncia completo y no se paga por separado.
D8703	Sustitución de retenedor roto o perdido - maxilar: una vez por arco dentario
D8704	Sustitución de retenedor roto o perdido - mandibular: una vez por arco dentario
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe

### Limitaciones sobre los Beneficios pediátricos (menores de 19 años de edad)

- (1) Las reclamaciones se procesarán de acuerdo con las políticas de procesamiento estándar de Delta Dental. Las políticas de procesamiento pueden ser modificadas periódicamente; por lo tanto, Delta Dental usará las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación. Delta Dental puede solicitar el apoyo de dentistas (especialistas dentales) para que revisen los planes de tratamiento, los materiales de diagnóstico o los tratamientos recetados para determinar las prácticas dentales generalmente aceptadas y si el tratamiento tiene un pronóstico favorable.
- (2) Si un procedimiento dental principal incluye procedimientos individuales que se lleven a cabo al mismo tiempo que el procedimiento principal, los procedimientos individuales se consideran parte del procedimiento principal para los fines de determinar el beneficio que se debe pagar conforme a este Contrato. Si el Proveedor factura el procedimiento principal y cada una de sus partes individuales por separado, el beneficio total que se debe pagar por todos los cargos relacionados se limitará al límite máximo de Beneficios pagadero por el procedimiento principal.
- (3) Limitaciones para exámenes (códigos cubiertos solo entre D0120-D0180) y limpiezas (D1110, D1120):
  - a) Delta Dental pagará exámenes bucales periódicos (D0120) (excepto los exámenes fuera del horario regular (D9440) y los exámenes de observación [D9430]) no más de una vez cada seis (6) meses por Proveedor y limpiezas de rutina (D1110, D1120), incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival moderada a grave generalizada (D4346) (incluido el mantenimiento periodontal (D4910) o cualquier combinación de estas) no más de una vez cada seis (6) meses. Los exámenes bucales detallados (D0160), limitados (D0140) y completos (D0150, D0180) están cubiertos una vez por paciente por Proveedor. Reevaluación - los exámenes limitados y enfocados en el problema (paciente establecido; no en consultas posoperatorias) (D0170) se cubren hasta seis (6) veces en un periodo de tres (3) meses y hasta un máximo de 12 en un periodo de 12 meses. Este procedimiento no es un beneficio cuando se proporciona en la misma fecha de servicio que una evaluación bucal extensa y detallada. Consulte la nota sobre los Beneficios adicionales durante el embarazo.
  - b) El mantenimiento periodontal (D4910) se limita a los Afiliados de 13 años de edad o mayores una vez cada trimestre calendario y solamente en los 24 meses posteriores a los servicios de limpieza de sarro y alisado radicular más recientes. El desbridamiento bucal completo (D4355) se incluye en el cargo por otros procedimientos periodontales y no se paga por separado.
  - c) Tenga en cuenta que el mantenimiento periodontal (D4910), los códigos de procedimiento que incluyen el mantenimiento periodontal y el desbridamiento bucal completo (D4355) se cubren como beneficios básicos, y las limpiezas de rutina (D1110, D1120), incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave (D4346), se cubren como beneficios de diagnóstico y prevención. El mantenimiento periodontal (D4910) está cubierto solamente cuando se realiza después de una terapia periodontal activa (D4260, D4261, D4341, D4342).

- 
- d) Se permiten evaluaciones de riesgo de caries (D0601, D0601, D0603) una vez cada 12 meses.
  - e) Las aplicaciones de medicamento para detener caries provisional (D1354) están cubiertas una vez por diente cada seis (6) meses cuando el Afiliado tiene una evaluación de riesgo de caries y documentación con conclusiones de alto riesgo.
- (4) Limitaciones sobre radiografías:
- a) Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo aceptado por el Proveedor por una serie intrabucal completa (D0210) cuando los cargos por cualquier combinación de radiografías intrabucales (D0220-D0240) en una serie única de tratamiento cumplan o excedan el Cargo aceptado para una serie intrabucal completa.
  - b) Cuando se presente una placa panorámica (D0330) junto con una o más placas complementarias (D0220, D0230, D0270-D0274, D0277), Delta Dental limitará la cantidad total reembolsable al Cargo aceptado por el Proveedor para una serie intrabucal completa (D0210).
  - c) Si se toma una placa panorámica (D0330) junto con una serie intrabucal completa (D0210), Delta Dental considerará la placa panorámica parte de la serie completa.
  - d) Intrabucal: las radiografías periapicales (D0220, D0230) se limitan a un máximo de 20 en cualquier periodo de 12 meses. Las radiografías oclusales intrabucales (D0240) se limitan a dos (2) en cualquier periodo de seis (6) meses.
  - e) La serie intrabucal completa (D0210) y la placa panorámica (D0330) se limitan, cada una, a una vez cada 36 meses por Proveedor. Se podrían permitir radiografías panorámicas adicionales si se documentan como esenciales para un examen de seguimiento o postoperatorio (por ejemplo, después de una cirugía bucal).
  - f) Las radiografías de mordida, con una imagen radiográfica (D0270), se limitan a una vez por fecha de servicio. Las radiografías de mordida, con dos o más imágenes radiográficas (D0272-D0277), se limitan a una vez cada seis (6) meses por Proveedor. Las radiografías de mordida, con cuatro imágenes radiográficas (D0274), se limitan a los Afiliados menores de 10 años de edad. Las radiografías de mordida, con dos o más imágenes radiográficas, no pueden facturarse al Afiliado ni a Delta Dental en los seis (6) meses siguientes a la fecha en la que se haya hecho una serie de radiografías de toda la boca.
  - g) Los procedimientos de toma de imágenes no son servicios permitidos por separado.
- (5) Las radiografías cefalométricas (D0340) y las inspecciones tomográficas (D0322) están cubiertas dos (2) veces en cualquier periodo de 12 meses por Proveedor. Los moldes de diagnóstico (D0470) están cubiertos únicamente para la evaluación de servicios de ortodoncia y se proporcionan una vez por Proveedor, a menos que se documenten circunstancias especiales (tales como traumas o patologías que hayan afectado el tratamiento de ortodoncia). Consulte las Limitaciones de los beneficios de ortodoncia, ya que es posible que se apliquen límites de edad. Las radiografías 3D (D0801-D0804) están cubiertas una vez por fecha de servicio.
- (6) El cargo de las pruebas de vitalidad de la pulpa (D0460) está incluido en los cargos de diagnóstico (códigos cubiertos solo entre D0100-D0999), restauración (códigos cubiertos solo entre D2000-2999), endodoncia (códigos cubiertos solo entre D3000-D3999) y procedimientos de emergencia (D9110) y no se paga por separado.
- (7) La aplicación tópica de soluciones con flúor (D1206, D1208) se limita a una vez en un periodo de seis (6) meses.
- (8) Limitaciones sobre los separadores (D1510-D1575):
- a) Salvo los separadores de calzado distales (D1575), los separadores (D1510, D1520) se limitan a Afiliados de hasta 17 años de edad y se cubren una vez por cuadrante en la vida, a excepción de los separadores bilaterales (D1516, D1517, D1526, D1527), los cuales se cubren una vez por arco dentario.
  - b) Un separador de calzado distal (fijo) unilateral (D1575) se limita a niños de 8 años y menores, y está limitado a una vez por cuadrante de por vida. Se puede permitir un separador adicional o por separado después de la extracción de un calzado distal unilateral.

- 
- c) La recementación del separador (D1551, D1552, D1553) se limita a una vez por Proveedor por arco dentario o cuadrante correspondiente.
  - d) La extracción de un separador fijo (D1556, D1557, D1558) se considera incluida en el cargo por el separador; sin embargo, se hace una excepción si la extracción la realiza otro Proveedor o un consultorio del Proveedor diferente.
- (9) Los selladores (D1351) tienen las siguientes limitaciones:
- a) una vez por diente por Proveedor cada 36 meses y solo para las muelas permanentes si no tienen caries (dientes picados) ni restauraciones en la superficie oclusal.
  - b) el arreglo (D1353) o reemplazo (D1351) de un sellador en cualquier diente dentro de los 36 meses posteriores a su aplicación está incluido en el cargo de la colocación original por el Proveedor original.
- (10) Delta Dental no cubrirá el reemplazo de una amalgama (D2140-D2161), corona prefabricada (D2929-D2934) o restauraciones (empaste) compuestas de resina (D2330-D2394) en los 12 meses posteriores al tratamiento para dientes primarios o los 36 meses posteriores al tratamiento para dientes permanentes. Las restauraciones de reemplazo hechas en los primeros 12 meses para los dientes primarios y en los primeros 24 meses para dientes permanentes se incluyen en el cargo de la restauración original.
- (11) Las restauraciones de protección (empastes sedantes) (D2940) están permitidas una vez por diente y por Proveedor en un periodo de seis (6) meses cuando el tratamiento definitivo no se realice en la misma fecha del servicio. El cargo por las restauraciones de protección está incluido en el cargo por cualquier tratamiento definitivo que se realice en la misma fecha.
- (12) La pulpotomía terapéutica (D3220) se limita a una vez por diente de por vida para los dientes de bebé (de leche) únicamente; se permite el tratamiento paliativo de emergencia (D9110) cuando este se realice en dientes permanentes.
- (13) La terapia pulpar (empaste reabsorbible) (D3230, D3240) para dientes primarios anteriores y el desbridamiento del tejido pulpar para dientes primarios y permanentes (D3221) se limitan a una vez por diente de por vida. El tratamiento posterior del tratamiento de conducto radicular (D3346 -D3348) realizado por el mismo Proveedor o consultorio de Proveedores en un plazo de 12 meses se considera parte del procedimiento original.
- (14) La formación del ápice (D3351-D3352) es un beneficio que solo se aplica a los dientes permanentes con desarrollo incompleto del conducto radicular o al arreglo de una perforación. Las consultas de la formación del ápice tienen un límite de por vida por diente y el cargo de la última consulta está incluido en el cargo del conducto radicular final.
- (15) El tratamiento posterior de cirugía apical (D3410, D3421, D3425, D3426, D3430) por parte del mismo Proveedor/consultorio del Proveedor en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.
- (16) La retención de la espiga (D2951) está cubierta una vez por diente de por vida para los dientes permanentes. Los cargos por espigas adicionales en el mismo diente, en la misma fecha, se consideran un componente de la colocación inicial de espigas.
- (17) El tratamiento paliativo (D9110) está permitido una vez por fecha de servicio, por proveedor, independientemente de la cantidad de dientes o áreas que se traten, y el cargo por tratamiento paliativo proporcionado junto con otros procedimientos diferentes de las radiografías o determinados procedimientos de diagnóstico se considera incluido en el cargo para el tratamiento definitivo.
- (18) Limitaciones periodontales (códigos cubiertos solo entre D4000-D4999):
- a) Los beneficios para la limpieza de sarro periodontal y el alisado radicular (D4341, D4342) en el mismo cuadrante se limitan a una cada 24 meses para los Afiliados de 13 años de edad o mayores.
  - b) La cirugía periodontal (códigos cubiertos solo entre D4210 y D4265) en el mismo cuadrante se limita a una vez en cada periodo de 36 meses para los Afiliados de 13 años de edad o mayores e incluye cualquier reingreso quirúrgico o limpieza de sarro y alisado radicular

- 
- (D4341, D4342) que tenga lugar en un plazo de 36 meses y esté a cargo del mismo dentista o consultorio dental.
- c) Los servicios periodontales, incluidos los procedimientos de injerto cubiertos, solo se cubren para el tratamiento de los dientes naturales y no se cubren cuando se presentan junto con extracciones (D7111, D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250), cirugía perirradicular (códigos cubiertos solo entre D3410-D3430), aumento de la cresta (D7340, D7350, D7950-D7952) o implantes (códigos cubiertos solo entre D6010-D6050).
  - d) La cirugía periodontal (códigos cubiertos solo entre D4210-D4265) está sujeta a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y del alisado radicular (D4341, D4342) en el mismo cuadrante.
  - e) Las limpiezas (regulares y periodontales) (D1110, D1120, D4346, D4910) y el desbridamiento bucal completo (D4355) están sujetos a una espera de 30 días después de la limpieza de sarro periodontal y del alisado radicular (D4341, D4342) si los realiza el mismo proveedor.
  - f) Cuando los procedimientos de implante (códigos cubiertos solo entre D6000-D6199) constituyen un beneficio cubierto, la limpieza de sarro y el desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un implante único, incluida la limpieza de las superficies de implante sin la entrada y el cierre del colgajo (D6081), están cubiertos como beneficio básico y se limitan a una vez por periodo de 24 meses.
- (19) La reimplantación de un diente o la estabilización de un diente extirpado o desplazado por accidente (D7270) está cubierta una vez por arco dentario, independientemente de la cantidad de dientes involucrados, solo para dientes permanentes anteriores.
  - (20) El reposicionamiento quirúrgico (D7290) de los dientes y los procedimientos de fibrotomía transeptal y fibrotomía supracrestal (D7291), por informe, están cubiertos una vez por arco dentario para los dientes permanentes para pacientes en tratamiento de ortodoncia activo.
  - (21) La vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelización secundaria) (D7340) está cubierta una vez por arco dentario en un periodo de cinco (5) años. La vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluidos los injertos de tejido blando, la reconexión muscular, la revisión de la conexión del tejido blando y el tratamiento del tejido hipertrofiado e hiperplásico) (D7350), está cubierta una vez por arco dentario de por vida.
  - (22) La extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular) (D7471) y de rodete mandibular (D7473), así como la reducción quirúrgica de la tuberosidad ósea (D7485), se limitan a una vez por cuadrante de por vida. La extracción del rodete palatino (D7472) se limita a una vez de por vida.
  - (23) La incisión y drenaje de absceso, tejido blando intrabucal, (D7510, D7511) se limita a una (1) por cuadrante en la misma fecha de servicio.
  - (24) La ostectomía/secuestrectomía parcial para extracción de hueso no vital (D7550) se limita a una (1) por cuadrante en la misma fecha de servicio.
  - (25) La modificación de prótesis de elevación de paladar (D5959) y la modificación de prótesis auxiliares para el habla (D5960) se limitan a dos veces en un periodo de 12 meses.
  - (26) Las coronas (códigos cubiertos entre D2710-D2794), a excepción de las coronas prefabricadas (códigos cubiertos solo entre D2929-D2934), se limitan a Afiliados de 13 años de edad o mayores y no se cubren más de una vez cada cinco (5) años, excepto cuando Delta Dental determine que la corona existente no es satisfactoria ni se puede arreglar para que lo sea porque el diente afectado ha experimentado grandes pérdidas o cambios en la estructura dental o los tejidos de apoyo. Los servicios solo se asignarán a dientes que estén maduros en su desarrollo.
  - (27) Los servicios de perno-muñón (códigos cubiertos solo entre D2952-D2957) están cubiertos una vez por diente, de por vida, para dientes permanentes.
  - (28) Los arreglos de corona (D2980) no se consideran un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a la colocación inicial de la corona ni de una reparación anterior realizada por el mismo Proveedor.

- 
- (29) Si se permite en los seis (6) meses siguientes a una restauración (D2140-D2161, D2330-D2335, D2391-D2394), al beneficio de corona, incrustación intracoronaria/incrustación extracoronaria (códigos cubiertos solo entre D2510-D2794) o servicio de prostodoncia fija (códigos cubiertos solo entre D6200-D6999) se le restará el beneficio pagado por la restauración.
- (30) Los arreglos de dentaduras postizas extraíbles (D5511, D5512, D5611, D5612, D5621, D5622) se cubren una vez por arco dentario por fecha de servicio por Proveedor y no se cubren más de dos veces por arco dentario por Proveedor cada doce (12) meses. La adición de dientes a una dentadura postiza parcial existente (D5650) se cubre una vez por diente y se limita a un máximo de tres (3) por fecha de servicio por Proveedor.
- (31) Los servicios de implantes (códigos cubiertos solo entre D6000-D6199) son un beneficio únicamente cuando se documenten estados clínicos excepcionales, y Delta Dental los revisará con el fin de determinar la necesidad médica para otorgar una autorización previa. Los medios de apoyo que facilitan el diagnóstico y el tratamiento relacionados con los implantes se consideran parte de los cargos correspondientes al tratamiento definitivo y están incluidos en ellos. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, pero no se limitan a:
- a) Cáncer en la cavidad bucal que requiera cirugía de extirpación o radiación que conlleve a la destrucción del hueso alveolar, de manera que las estructuras óseas restantes sean incapaces de soportar una prótesis dental convencional.
  - b) Atrofia grave de la mandíbula o del hueso maxilar que no se pueda corregir con procedimientos de extensión vestibular o procedimientos de aumento óseo, y que las prótesis convencionales no sean funcionales para el paciente.
  - c) Deformidades esqueléticas que impidan el uso de una prótesis convencional (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
  - d) Destrucción traumática de la mandíbula, la cara o el cráneo, cuando las estructuras óseas restantes no puedan soportar una prótesis dental convencional.
- (32) Generalmente, las dentaduras postizas parciales fijas (puentes) (D6211, D6241, D6245, D6251, D6721, D6740, D6751, D6781, D6783, D6784, D6791, D6930, D6980, D6999) no están cubiertas, pero se considerará su autorización previa solo cuando el estado clínico o el empleo impidan el uso de una dentadura postiza parcial extraíble (códigos cubiertos solo entre D5211 y D5283). El Afiliado debe reunir primero los requisitos para usar la dentadura postiza parcial extraíble antes de que se considere el uso de una dentadura postiza parcial fija. Las dentaduras postizas parciales fijas autorizadas son un beneficio una vez cada 60 meses, y solo para los Afiliados mayores de 13 años de edad.
- Los estados clínicos que impiden el uso de una dentadura postiza parcial extraíble incluyen:
- a) pacientes epilépticos para los que una dentadura postiza parcial extraíble podría causar daños a la salud durante una convulsión no controlada.
  - b) pacientes parapléjicos que utilicen controles bucales para poder llevar a cabo sus actividades sin restricción por el grado de dificultad o que no puedan operar un control bucal debido a la falta de dientes naturales.
  - c) pacientes con desórdenes neurológicos cuya habilidad manual impida el cuidado y el mantenimiento adecuados de una dentadura postiza parcial extraíble.
- (33) La prostodoncia (D5110, D5120, D5211-D5224, D5863-D5866) (códigos cubiertos solo entre D6211-D6791) proporcionada por cualquier programa de Delta Dental se reemplazará únicamente después de que hayan pasado cinco (5) años, excepto cuando Delta Dental determine que existe una pérdida importante de los dientes restantes o un cambio en el tejido de apoyo tal que el puente fijo o la dentadura postiza existentes no puedan arreglarse de manera satisfactoria. Las dentaduras postizas inmediatas son un beneficio una vez por paciente de por vida. El reemplazo de un aparato de prostodoncia (D5110, D5120, D5211-D5224, códigos cubiertos solo entre D6211-D6791) o de prótesis sostenidas por un implante (D6058-D6077, D6094, D6110-D6117) que no se hayan proporcionado en virtud de un programa de Delta Dental se llevará a cabo si Delta Dental determina que no son satisfactorios ni pueden arreglarse de manera satisfactoria. Los servicios solo se asignarán a dientes que estén maduros en su desarrollo.



- 
- (34) Cuando se coloquen un puente fijo posterior (códigos cubiertos solo entre D6205-D6794) y una dentadura postiza parcial extraíble (D5211-D5283) en el mismo arco dentario y en el mismo episodio de tratamiento, solo la dentadura postiza parcial será un beneficio.
- (35) La recementación de coronas, incrustaciones intracoronarias, restauraciones onlay o puentes (D2910, D2915, D2920, D6930) se incluye en el cargo por la corona, la incrustación intracoronaria, la restauración onlay o el puente (códigos cubiertos solo entre D2510-D2794, D6205-D6974) cuando sean proporcionados por el mismo Proveedor/consultorio de Proveedores en los 12 meses siguientes a la colocación inicial. Después de 12 meses, el pago se limitará a una (1) recementación en un periodo de 12 meses hecha por el mismo Proveedor o consultorio de un Proveedor.
- (36) La colocación inicial de un aparato de prostodoncia (códigos cubiertos solo entre D5000-D5899, D6100-D6999) o de implantes (códigos cubiertos solo entre D6000-D6199) no es un beneficio, a menos que el aparato de prostodoncia o el implante, el puente o la dentadura postiza sean necesarios debido a una extracción de dientes naturales y permanentes que haya ocurrido mientras el Afiliado estaba inscrito en un plan de Delta Dental.
- (37) Los procedimientos para la disfunción de unión temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) se limitan al diagnóstico diferencial (códigos cubiertos solo entre D0310-D0322) y al cuidado de los síntomas (códigos cubiertos solo entre D7810-D7899). No se incluyen como beneficios las modalidades de tratamiento de la TMJ que involucren prostodoncia (D5110, D5120, D5211-D5224, códigos cubiertos solo entre D6211-D6791), ortodoncia (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999) o rehabilitación oclusal completa o parcial.
- (38) El análisis de oclusión, montaje en articulador (D9950), y los ajustes oclusales, limitados (D9951) y completos (D9952), se limitan a uno (1) cada 12 meses solo para Afiliados de 13 años de edad o mayores diagnosticados con disfunción de TMJ en la dentición permanente.
- (39) La administración de un medicamento para reducir la sensibilidad (D9951) se limita a una vez cada 12 meses solo para dientes permanentes.
- (40) Delta Dental limita el pago de dentaduras postizas (códigos cubiertos solo entre D5000-D5899) a una dentadura postiza parcial (códigos cubiertos solo entre D5211-D5283) o completa estándar (D5110-D5140) (se aplican los coseguros del Afiliado). Una dentadura postiza estándar significa un aparato extraíble para reemplazar los dientes naturales y permanentes que se hayan perdido, el cual está hecho de materiales aceptables por medios convencionales e incluye atención de rutina después de la colocación, incluidos los ajustes (D5410-D5422) durante los primeros seis (6) meses después de la colocación y los recubrimientos (D5730-D5761) durante los primeros 12 meses después de la colocación.
- a) Las dentaduras postizas, las dentaduras postizas parciales extraíbles (D5211-D5283) y los recubrimientos incluyen ajustes durante los seis (6) meses siguientes a la colocación. Después de los seis (6) primeros meses de un ajuste, los ajustes se limitan a dos veces cada 12 meses por Proveedor, y el recubrimiento se limita a una vez cada 12 meses.
  - b) El acondicionamiento del tejido (D5850, D5851) se limita a dos (2) por prótesis en un periodo de 36 meses. Sin embargo, el acondicionamiento del tejido no se permite como un beneficio por separado cuando se realiza el mismo día que un servicio de recubrimiento de dentadura postiza.
  - c) La recementación de dentaduras postizas parciales fijas (D6930) no es un beneficio dentro de los 12 meses posteriores a una recementación anterior realizada por el mismo Proveedor.
- (41) Limitaciones para los servicios de ortodoncia (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999):
- a) Los servicios se limitan a procedimientos de ortodoncia que sean necesarios desde el punto de vista médico cuando los proporcione un Proveedor. El tratamiento de Ortodoncia es un beneficio de este plan dental únicamente cuando sea necesario desde el punto de vista médico, según lo pruebe una maloclusión discapacitante grave y se cuente con una autorización previa.

- 
- b) Los procedimientos de ortodoncia son un beneficio solo cuando los moldes de diagnóstico verifiquen una puntuación mínima de 26 puntos en el índice de desviaciones labiolinguales discapacitantes (HLD, por sus siglas en inglés) o cuando exista alguna de las condiciones médicas que dan derecho automático que se mencionan a continuación.
  - c) Las condiciones médicas que dan derecho automático son:
    - i) Deformidad de paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los moldes de diagnóstico, deberá presentarse documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de preautorización.
    - ii) Anomalía craneofacial. Deberá presentarse documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de autorización previa.
    - iii) Sobremordida vertical profunda en la que los incisivos inferiores estén destruyendo el tejido blando del paladar.
    - iv) Mordida cruzada de los dientes anteriores individuales que cause la destrucción de los tejidos blandos.
    - v) Resalte mayor de 9 mm o resalte inverso mayor de 3.5 mm.
    - vi) Desviación traumática grave.
  - d) Es necesario presentar los siguientes documentos junto con la solicitud de autorización previa de servicios elaborada por el Proveedor:
    - i) El formulario de reclamación de la ADA de 2006 o más reciente con los códigos de los servicios solicitados;
    - ii) los modelos del estudio de diagnóstico (recortados) con el registro de la mordida o su equivalente en OrthoCad;
    - iii) la radiografía cefalométrica o la radiografía panorámica;
    - iv) la hoja de puntuación de HLD completada y firmada por el Ortodoncista; y
    - v) el plan de tratamiento.
  - e) Las asignaciones para procedimientos de tratamiento de ortodoncia completo (D8080) incluyen todos los aparatos, los ajustes, la inserción, la extracción y la estabilización posterior al tratamiento (retención) (D8680). No se permite ningún cargo adicional al Afiliado.
  - f) El tratamiento de ortodoncia completo (D8080) incluye el reemplazo, el arreglo y la extracción de brackets, bandas y alambres de arcos dentarios por el Proveedor original.
  - g) Los procedimientos de ortodoncia son beneficios para casos necesarios desde el punto de vista médico de maloclusión discapacitante, paladar hendido y tratamiento del crecimiento facial para los Afiliados menores de 19 años de edad, y deberán tener autorización previa.
  - h) Solo se considerarán los casos con dentición permanente para los Beneficios para la maloclusión discapacitante necesarios desde el punto de vista médico, a menos que el Afiliado tenga 13 años de edad o más y aún tenga dientes primarios. Los casos de paladar hendido y anomalías craneofaciales son un beneficio para la dentición primaria, mixta y permanente. Las anomalías craneofaciales se tratan mediante el tratamiento del crecimiento facial.
  - i) Todos los procedimientos necesarios que puedan afectar el tratamiento de ortodoncia se deben completar antes de considerar el tratamiento de ortodoncia.
  - j) Las consultas previas al tratamiento de ortodoncia (D8660) se permiten una vez cada tres (3) meses hasta un máximo de seis (6) por Afiliado.
  - k) La terapia con dispositivos fijos y extraíbles (D8210, D8220) se permite una vez por Afiliado, de los seis (6) a los 12 años de edad.
  - l) Cuando se proporcionen procedimientos o aparatos de ortodoncia especializados elegidos por consideraciones estéticas (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999), Delta Dental hará una asignación por el costo de un tratamiento de ortodoncia estándar. El Afiliado es responsable de cubrir la diferencia entre la asignación hecha para el tratamiento de ortodoncia estándar y el cargo del dentista por el procedimiento o el aparato de ortodoncia especializado.
  - m) El arreglo de un aparato de ortodoncia (D8696, D8697) colocado conforme a este plan dental está cubierto una vez por dispositivo. El reemplazo de un aparato de ortodoncia colocado conforme a este plan dental está cubierto una vez por arco dentario.

- 
- n) El reemplazo de un retenedor perdido o roto (D8703, D8704) es un beneficio una vez por arco dentario y solo dentro de los 24 meses posteriores a la fecha del servicio de retención de ortodoncia.
  - o) La remoción de aparato(s) de ortodoncia fijos (D8695) (que no sea por la finalización del tratamiento) no es un beneficio cubierto.
- (42) Los cargos de los servicios de teleodontología asincrónicos o sincrónicos se consideran incluidos en el manejo general del paciente y no constituyen servicios que se pagan por separado.

### **Exclusiones sobre los Beneficios pediátricos (menores de 19 años de edad)**

#### **Delta Dental no paga Beneficios por lo siguiente:**

- (1) Servicios que no sean Beneficios esenciales para la salud, excepto según lo requiera la ley estatal o federal.
- (2) Tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes sobre compensación de los trabajadores o responsabilidad patronal, servicios recibidos sin costo por parte de cualquier organismo federal, estatal o local, a menos que esta exclusión esté prohibida por la ley.
- (3) Cirugía o procedimientos cosméticos por razones meramente estéticas (D9972-D9975, D2960-D2962), (se excluyen los códigos cubiertos en esta lista si se realizan solamente con fines estéticos: D2710-D2751, D2940, D2330-D2394, D8000-D8999).
- (4) Restauraciones provisionales y/o temporales (D2799). Las restauraciones provisionales o temporales no son procedimientos que se puedan pagar por separado y están incluidas en el cargo por el servicio completado.
- (5) Servicios para tratar malformaciones congénitas (hereditarias) o del desarrollo (posteriores al nacimiento), incluidos, entre otros, paladar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo), fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y anodoncia (falta congénita de dientes), excepto aquellos servicios proporcionados a niños por defectos congénitos o anomalías de nacimiento diagnosticados médicamente.
- (6) Tratamiento para estabilizar los dientes (D7272); tratamiento para restaurar la estructura de los dientes perdida por desgaste, erosión o abrasión; o tratamiento para reconstruir o mantener las superficies de masticación debido a dientes que estén fuera de alineación u oclusión. Algunos ejemplos incluyen, entre otros: procedimientos de ferulización periodontal (D4322, D4323) o puentes fijos (D6252-D6720).
- (7) Cualquier procedimiento único proporcionado antes de la fecha en la que el Afiliado se volvió elegible para recibir servicios de acuerdo con este plan.
- (8) Analgésicos o procedimientos experimentales o de investigación.
- (9) Cargos por anestesia, excepto la anestesia general y la sedación por vía intravenosa administrada por un Proveedor en relación con una cirugía bucal cubierta o con procedimientos quirúrgicos de endodoncia y periodoncia seleccionados. La anestesia local (D9215) y la anestesia regional o por bloqueo de división del trigémino (D9211-D9212) no son procedimientos que puedan pagarse por separado.
- (10) Injertos extrabucales (injertos de tejidos obtenidos del exterior de la boca para colocarlos en los tejidos bucales)(D4263, D4264).
- (11) Coronas procesadas en un laboratorio para los Afiliados menores de 13 años de edad (D2710, D2712, D2721, D2740, D2751, D2781, D2783, D2791).
- (12) Implantes provisionales (D6012, D6051, D6118, D6119) e implantes endoóseos de endodoncia (D3460).
- (13) Incrustaciones intracoronarias o restauraciones onlay a base de resina fabricadas indirectamente(D2650-D2664).

- 
- (14) Cargos realizados por cualquier hospital u otro centro quirúrgico o de tratamiento y cualquier cargo adicional que cobre el Proveedor por un tratamiento realizado en alguno de dichos centros.
  - (15) Tratamiento realizado por alguien que no sea un Proveedor o una persona que por ley pueda trabajar bajo la supervisión directa de un Proveedor.
  - (16) Los cargos en los que se incurra por instrucción sobre higiene bucal (D1330), los programas de control de la placa, los programas de control preventivo, incluidos los tiempos de atención domiciliaria, la instrucción alimenticia, la duplicación de radiografías, las pruebas de detección de cáncer, la orientación sobre el tabaco (D1320) o las citas canceladas (D9986) no son procedimientos que puedan pagarse por separado.
  - (17) Servicios administrativos de la práctica dental que incluyen, entre otros, la elaboración de las reclamaciones, cualquier fase de la odontología que no sea parte de un tratamiento, como la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización del equipo o el control de infecciones, o cualquier material auxiliar utilizado durante el transcurso habitual de un tratamiento, como hisopos, gasas, baberos, mascarillas o técnicas de relajación como la música.
  - (18) Procedimientos que tengan un pronóstico dudoso con base en la revisión profesional que haga un asesor dental de la documentación presentada.
  - (19) 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.
  - (20) Deducibles o cualquier otro servicio no cubierto bajo el plan dental.
  - (21) Servicios cubiertos bajo el plan dental, pero que excedan las limitaciones de Beneficios o no cumplan las políticas de procesamiento vigentes en el momento en el que se procese la reclamación.
  - (22) La colocación inicial de cualquier aparato de prostodoncia (D5000-D5899, D6200-D6999) o implante(D6000-D6199), a menos que dicha colocación sea necesaria para reemplazar uno o más dientes permanentes y naturales extraídos mientras el Afiliado está cubierto conforme al Contrato o estaba cubierto conforme a algún plan de cuidado dental de Delta Dental. La extracción de un tercer molar (muela del juicio) no reúne los requisitos según lo que se mencionó antes. Toda dentadura postiza o puente fijo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos.
  - (23) Servicios para el tratamiento de ortodoncia (tratamiento de la maloclusión de los dientes o de las mandíbulas), excepto la ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico siempre que se obtenga autorización previa (D8000-D8999).
  - (24) Citas perdidas (D9986) o canceladas (D9987).
  - (25) Las medidas adoptadas para programar las citas del paciente y garantizar su cumplimiento están incluidas en las operaciones del consultorio y no constituyen un servicio que se pague por separado.
  - (26) Los cargos para la coordinación de la atención se consideran incluidos en la gestión general del paciente y no constituyen un servicio que se paga por separado.
  - (27) Entrevista motivacional sobre gestión de casos dentales y educación del paciente para mejorar la alfabetización de salud bucal.
  - (28) Procedimiento de diagnóstico no ionizante que puede cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento.
  - (29) Pruebas de diabetes.
  - (30) Corticotomía (procedimiento de cirugía bucal especializado relacionado con la ortodoncia)(D7296, D7297).
  - (31) Pruebas de antígenos o anticuerpos.

## Anexo C

### Información relativa a los Beneficios para Delta Dental PPO™ Family Dental PPO para pequeñas empresas

**ESTA TABLA ESTÁ PENSADA PARA SER UTILIZADA EN LA COMPARACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE COBERTURA Y ES SOLAMENTE UN RESUMEN. CONSULTE ESTA PÓLIZA Y EL FORMULARIO DE DIVULGACIÓN COMBINADOS PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LAS LIMITACIONES DEL PLAN.**

<b>ADULTOS (DE 19 AÑOS Y MAYORES)</b>		
	<b>Proveedores de Delta Dental PPO<sup>2</sup></b>	<b>Proveedores de Delta Dental Premier® y Proveedores que no son de Delta Dental<sup>2</sup></b>
<b>(A) Deducibles<sup>1</sup></b> por Afiliado por Familia	\$50 cada año del Contrato Ninguno	\$50 cada año del Contrato Ninguno
<b>(B) Límite máximo de por vida por Afiliado</b>	\$1,500 cada año del Contrato	
<b>(C) Límite máximo anual de los gastos de bolsillo</b>	Ninguno	
<b>(D) Servicios profesionales</b>	<b>Niveles de beneficios del contrato</b>	
<b>Categoría de los servicios dentales:</b>		
Delta Dental pagará o, de otro modo, saldará el Nivel de beneficios del contrato según el valor Límite máximo autorizado en el contrato para los siguientes servicios:		
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>	100 %	90 %
<b>Servicios básicos</b>	80 %	70 %
<b>Servicios mayores<sup>3</sup></b>	50 %	50 %
<b>Servicios de ortodoncia</b> <b>Servicios de ortodoncia</b>	No es un beneficio cubierto	No es un beneficio cubierto
<b>(E) Servicios para pacientes ambulatorios</b>	Sin cobertura	
<b>(F) Servicios de hospitalización</b>	Sin cobertura	
<b>(G) Cobertura dental de emergencia</b>	Los beneficios por Servicios dentales de emergencia prestados por un Proveedor que no es de Delta Dental se limitan al cuidado necesario para estabilizar la afección del Afiliado o brindar alivio paliativo.	
<b>(H) Servicios de ambulancia</b>	Sin cobertura	
<b>(I) Cobertura de medicamentos recetados</b>	Sin cobertura	
<b>(J) Equipo médico duradero</b>	Sin cobertura	

<b>(K) Servicios de salud mental</b>	Sin cobertura
<b>(L) Servicios para tratamiento de adicciones</b>	Sin cobertura
<b>(M) Servicios de salud domiciliaria</b>	Sin cobertura
<b>(N) Otro</b>	Sin cobertura

<sup>1</sup> Exento de Deducible anual para Servicios de diagnóstico y prevención.

<sup>2</sup> El reembolso se basa en los cargos contratados de Delta Dental PPO para Proveedores de Delta Dental PPO, Delta Dental Premier y Proveedores que no son de Delta Dental.

<sup>3</sup> Los servicios mayores se limitan a los Afiliados adultos que hayan estado inscritos en el Contrato durante seis meses consecutivos. El periodo de espera de seis meses para Servicios mayores debe ser eximido cuando un Afiliado proporcione una constancia de cobertura dental comparable anterior. Este Periodo de espera para los beneficios será prorrateado mes con mes cuando un Afiliado proporcione una constancia de cobertura dental comparable anterior de menos de seis meses. Covered California deja a consideración del plan determinar la documentación aceptable para verificar la cobertura anterior. Covered California deja a consideración del plan determinar la interrupción máxima permisible en la cobertura antes de la cual no sucedería el prorrateo del Periodo de espera de seis meses. Los servicios dentales obtenidos por medio de un plan de salud con descuento no se consideran cobertura dental “comparable” para los fines de su consideración como parte del Periodo de espera.

<b>PEDIATRÍA (MENORES DE 19 AÑOS DE EDAD)</b>		
	<b>Proveedores de Delta Dental PPO<sup>2</sup></b>	<b>Proveedores de Delta Dental Premier y Proveedores que no son de Delta Dental<sup>2</sup></b>
<b>(A) Deducibles<sup>1</sup></b> <b>por Afiliado</b>  <b>por Familia</b>	\$75 cada año del Contrato \$150 cada año del Contrato	\$75 cada año del Contrato \$150 cada año del Contrato
<b>(B) Límites máximos de por vida por Afiliado</b>	Ninguno	Ninguno
<b>(C) Límite máximo anual de los gastos de bolsillo*</b>  <b>Afiliado Pediátrico</b>  <b>Varios Afiliados Pediátricos</b>	\$350 cada año del Contrato \$700 cada año del Contrato	Ninguno Ninguno
<b>(D) Servicios profesionales</b>	<b>Niveles de beneficios del contrato</b>	
<b>Categoría de los servicios dentales:</b>		
Delta Dental pagará o, de otro modo, saldará el Nivel de beneficios del contrato según el valor Límite máximo autorizado en el contrato para los siguientes servicios:		
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>	100 %	90 %

<b>Servicios básicos</b>	80 %	70 %
<b>Servicios mayores</b>	50 %	50 %
<b>Servicios de ortodoncia</b> <b>Servicios de ortodoncia</b>	50 %	50 %
<b>(E) Servicios para pacientes ambulatorios</b>	Sin cobertura	
<b>(F) Servicios de hospitalización</b>	Sin cobertura	
<b>(G) Cobertura dental de emergencia</b>	Los beneficios por Servicios dentales de emergencia prestados por un Proveedor que no es de Delta Dental se limitan al cuidado necesario para estabilizar la afección del Afiliado o brindar alivio paliativo.	
<b>(H) Servicios de ambulancia</b>	Sin cobertura	
<b>(I) Cobertura de medicamentos recetados</b>	Sin cobertura	
<b>(J) Equipo médico duradero</b>	Sin cobertura	
<b>(K) Servicios de salud mental</b>	Sin cobertura	
<b>(L) Servicios para tratamiento de adicciones</b>	Sin cobertura	
<b>(M) Servicios de salud domiciliaria</b>	Sin cobertura	
<b>(N) Otro</b>	Sin cobertura	

<sup>1</sup> Exento de Deducible anual para Servicios de diagnóstico y prevención.

<sup>2</sup> El reembolso se basa en los cargos contratados de Delta Dental PPO para Proveedores de Delta Dental PPO, Delta Dental Premier y Proveedores que no son de Delta Dental.

\* El límite máximo de los gastos de bolsillo solo se aplica a los Beneficios esenciales para la salud que proporcionen los Proveedores de Delta Dental PPO a los Afiliados Pediátricos. Una vez que la cantidad pagada por los Afiliados Pediátricos sea igual al límite máximo de los gastos de bolsillo, no será necesario que estos hagan algún otro pago durante el resto del Año del contrato por los servicios cubiertos recibidos de los Proveedores de Delta Dental PPO. El Coseguro de Afiliado y otros costos compartidos, incluidas las cantidades de facturación de saldos, continuarán aplicándose a los servicios cubiertos recibidos por parte de los Proveedores de Delta Dental Premier o los Proveedores que no sean de Delta Dental, incluso después de que se alcance el límite máximo de los gastos de bolsillo.

Si dos o más Afiliados Pediátricos están cubiertos, la obligación financiera de los servicios cubiertos recibidos por parte de los Proveedores de Delta Dental PPO no será superior al límite máximo de los gastos de bolsillo de varios Afiliados Pediátricos. Sin embargo, una vez que el Afiliado Pediátrico alcance el límite máximo de los gastos de bolsillo para un Afiliado Pediátrico cubierto, ese Afiliado Pediátrico habrá alcanzado su Límite máximo de los gastos de bolsillo. Los otros Afiliados Pediátricos cubiertos deben continuar pagando el Coseguro de Afiliado por los servicios cubiertos recibidos por parte de los Proveedores de Delta Dental PPO hasta que la cantidad total pagada alcance el Límite máximo de los gastos de bolsillo para varios Afiliados Pediátricos.

## **Aviso sobre las prácticas de privacidad de la HIPAA**

### **CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN DE LA SALUD**

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN EL QUE SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ELLA. LÉALO DETENIDAMENTE.

Nuestras prácticas de privacidad reflejan la ley federal y estatal aplicables. Las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales pueden imponer una norma de privacidad más estricta. Si esas leyes más estrictas se aplican y no hay reglas federales previas conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act) de 1974, los Planes cumplirán la ley más estricta.

La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su Información protegida sobre la salud (PHI, por sus siglas en inglés). La Información protegida sobre la salud (PHI) es información que Delta Dental mantiene o transmite, que puede identificarle a usted y se relaciona con aspectos pasados, presentes o futuros de sus enfermedades físicas o mentales y los servicios de salud relacionados.

Algunos ejemplos de PHI son su nombre, dirección, número de teléfono o fax, dirección de correo electrónico, número de Seguro Social u otro número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de tratamiento, registros de tratamiento, radiografías, registros de reclamaciones e inscripción. Recibimos, usamos y divulgamos su PHI para administrar su plan de beneficios según lo exija o permita la ley.

Debemos respetar los requisitos federales y estatales sobre privacidad descritos que correspondan a la administración de sus beneficios, y proporcionarle una copia de este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad cuando sea necesario, y publicaremos oportunamente el aviso actualizado en nuestro sitio web en un plazo de 60 días.

### **USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS DE SU PHI**

#### **Usos y divulgaciones de su PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud**

No se requiere su autorización explícita para divulgar información con fines de tratamiento de cuidado de la salud, pago de reclamaciones, facturación de primas y otras operaciones de cuidado de la salud. Ejemplos de esto incluyen procesar sus reclamaciones, recopilar información sobre inscripción y primas, revisar la calidad del cuidado de la salud que recibe, brindar servicios al cliente, resolver sus quejas y compartir la información sobre pagos con otras



compañías de seguros, determinar su elegibilidad para los servicios, facturar a usted o al patrocinador de su plan.

Si su empleador u otra parte patrocina su plan de beneficios, podemos proporcionar PHI a su empleador o patrocinador del plan para que administre sus beneficios. Según lo permita la ley, podemos divulgar PHI a compañías afiliadas que proporcionen servicios en nuestro nombre para administrar sus beneficios. Toda compañía afiliada que preste servicios en nuestro nombre firmó un contrato por medio del cual aceptó proteger la confidencialidad de su PHI y ha implementado procedimientos y políticas de privacidad que cumplen la ley federal y estatal correspondiente.

### **Usos y divulgaciones permitidos sin autorización**

Podemos divulgar su PHI a solicitud suya, o a un representante personal autorizado (con determinadas excepciones), cuando la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos lo solicite para investigar o determinar nuestro cumplimiento de la ley y cuando ésta así lo exija. Podemos divulgar su PHI sin su autorización previa en respuesta a lo siguiente:

- orden judicial;
- orden de una junta, comisión o agencia administrativa con fines de adjudicación conforme a su autoridad legal;
- citación en una acción civil;
- citación para una investigación a cargo de una junta, comisión o agencia gubernamental;
- citación en un arbitraje;
- orden de allanamiento para el cumplimiento de la ley; o
- solicitud del forense durante las investigaciones.

Algunos otros ejemplos son: para notificar o ayudar a notificar sobre su estado clínico a un miembro de la familia, otra persona o un representante personal; para asistir a los esfuerzos de ayuda en catástrofes; para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades pertinentes; para fines de donación de órganos; para evitar amenazas graves a la salud o la seguridad; para funciones especializadas del gobierno, como actividades del ejército o de veteranos; para fines de indemnización por accidentes de trabajo; y, con algunas restricciones, podemos usar o divulgar su PHI para fines de suscripción, siempre y cuando no contenga información genética. La información también puede disociarse o resumirse para que no pueda vincularse a usted y, en casos exclusivos, para fines de investigación con la supervisión adecuada.

### **Divulgaciones con su autorización**

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).

No usaremos ni divulgaremos su PHI sin su autorización previa por escrito, a menos que lo permita la ley. Si usted da una autorización, puede revocarla después, por escrito, para impedir el uso y la divulgación en el futuro.

## **SUS DERECHOS SOBRE LA PHI**

### **Tiene derecho a solicitar una inspección y obtener una copia de su PHI.**

Puede tener acceso a su PHI si envía una solicitud por escrito. La solicitud debe incluir (1) su nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación, y (2) la PHI que solicita. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha de su solicitud. Es posible que cobremos un cargo por los costos de copiado y envío, así como de otros materiales relacionados con su solicitud. Solo conservaremos la PHI que obtengamos o usemos para proporcionarle sus beneficios del cuidado de la salud. Es posible que no conservemos cierta PHI, como registros de tratamiento o radiografías, después de haber revisado tal información. Es posible que deba ponerse en contacto con su proveedor del cuidado de la salud para obtener la PHI que no esté en nuestra posesión.

Usted no puede revisar ni hacer copias de la PHI compilada con anticipación razonable para, o usada en, una acción o procedimiento civil, penal o administrativo, ni tampoco de la PHI que de otro modo no está sujeta a divulgación en virtud de la ley federal y estatal. En algunas circunstancias, puede tener derecho a que se revise esta decisión.

### **Tiene derecho a solicitar una restricción de su PHI.**

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en la que usamos y divulgamos su PHI; sin embargo, no puede restringir nuestros usos y divulgaciones legales o permitidos de la PHI. Si bien tomaremos en cuenta su solicitud, no estamos legalmente obligados a aceptar las solicitudes que no podamos cumplir o implementar razonablemente en caso de emergencia.

### **Tiene derecho a corregir o actualizar su PHI.**

Puede solicitar que se modifique su PHI. En determinados casos, es posible que rechacemos su solicitud de modificación. De ser así, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nosotros, la cual podemos refutar. En caso de que hubiere una refutación, le proporcionaremos una copia de ella en un plazo de 60 días. Si un tercero nos envió su PHI, podemos remitirlo a dicha persona para que realice la modificación. Por ejemplo, es posible

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).

que lo remitamos a su proveedor para que modifique el plan de tratamiento o a su empleador, si corresponde, para que modifique su información de inscripción.

**Usted tiene derechos relacionados con el uso y la divulgación de su PHI con fines de mercadeo.**

Obtendremos su autorización para usar o divulgar PHI con fines de mercadeo cuando así lo exija la ley. Tiene derecho a cancelar su autorización en cualquier momento. No usamos su PHI con fines de recaudación de fondos.

**Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted o bien comunicarse con nosotros de manera confidencial a través de medios alternativos o a una dirección diferente.**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que solamente nos pongamos en contacto con usted en su trabajo o por correo. No le preguntaremos el motivo de la solicitud.

Contemplaremos todas las solicitudes razonables. Debe especificar en la solicitud la manera o el lugar en los que desee que nos comuniquemos con usted.

**Dado el caso, tiene derecho a recibir una explicación de determinadas divulgaciones de su PHI que hayamos realizado.**

Tiene derecho a recibir una explicación de las divulgaciones, con algunas restricciones. Este derecho no se aplica a las divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud, ni tampoco a aquella información que hayamos divulgado después de haber recibido una autorización válida de su parte. Además, no se nos exige dar cuenta de las divulgaciones que hayamos hecho a usted, a familiares o a amigos que participan en su cuidado, ni por razones de notificación. No se nos exige dar cuenta de las divulgaciones que hayamos hecho por razones de seguridad nacional, determinados fines de cumplimiento de la ley o divulgaciones realizadas como parte de una serie limitada de datos. Le proporcionaremos sin costo una explicación al año, pero le cobraremos un cargo razonable con base en los costos si solicita otra en un plazo de 12 meses.

**Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.**

Hay una copia de este aviso publicada en nuestro sitio web. También puede solicitar que le enviemos una copia.

**Tiene derecho a ser notificado en caso de una violación de seguridad de la información protegida sobre la salud.**

Si descubrimos que hemos comprometido la privacidad de su PHI, se lo informaremos por escrito, a la dirección que esté en el expediente.

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).

### **Tiene derecho a elegir a alguien que actúe en representación suya.**

Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para atención médica o si otra persona es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que esa persona tenga esta autoridad y de que pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

### **QUEJAS**

Puede presentar su queja ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos si considera que hemos violado sus derechos de privacidad. No tomaremos ninguna represalia en su contra por presentar una queja.

### **CONTACTOS**

Si desea obtener más información sobre el proceso de quejas o cualquier aspecto incluido en el presente aviso, póngase en contacto con nosotros al 1-866-530-9675, o escríbanos a la siguiente dirección.

Delta Dental  
PO Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

Este aviso entra en vigencia el 1.º de marzo de 2019.

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).

Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this document written in your language. For free help, please call 1-866-530-9675 (TTY: 711).

¿Puede leer este documento? Si no, podemos encontrar a alguien que lo ayude a leerlo. También puede obtener este documento escrito en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame al 1-866-530-9675 (servicio de retransmisión TTY deben llamar al 711). (Spanish)

您能自行閱讀本文件嗎？如果不能，我們可請人幫助您閱讀。您還可以請人以您的語言撰寫本文件。如需免費幫助，請致電 1-866-530-9675 (TTY: 711)。 (Chinese)

Bạn có đọc được tài liệu này không? Nếu không, chúng tôi sẽ cử một ai đó giúp bạn đọc. Bạn cũng có thể nhận được tài liệu này viết bằng ngôn ngữ của bạn. Để nhận được trợ giúp miễn phí, vui lòng gọi 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Vietnamese)

이 문서를 읽으실 수 있습니까? 읽으실 수 없으면 다른 사람이 대신 읽어드릴 수 있습니다. 한국어로 번역된 문서를 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받기를 원하시면 1-866-530-9675 (TTY: 711)번으로 연락하십시오. (Korean)

Nababasa mo ba ang dokumentong ito? Kung hindi, may tao kaming makakatulong sa iyong basahin ito. Maaari mo ring makuha ang dokumentong ito nang nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, pakitawagan ang 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Tagalog)

Вы можете прочитать этот документ? Если нет, мы можем предоставить вам кого-нибудь, кто поможет вам прочитать его. Вы также можете получить этот документ на своем языке. Для получения бесплатной помощи, просьба звонить по номеру 1-866-530-9675 (телетайп: 711). (Russian)

هل تستطيع قراءة هذا المستند؟ إذا كنت لا تستطيع، يمكننا أن نوفر لك من يساعدك في قراءتها. ربما يمكنك أيضًا الحصول على هذا المستند مكتوبًا بلغتك للمساعدة المجانية اتصل بـ 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Arabic)

Èske w ka li dokiman sa a? Si w pa kapab, nou ka fè yon moun ede w li l. Ou ka gen posiblite pou jwenn dokiman sa a tou ki ekri nan lang ou. Pou jwenn èd gratis, tanpri rele 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Haitian Creole)

Pouvez-vous lire ce document ? Si ce n'est pas le cas, nous pouvons faire en sorte que quelqu'un vous aide à le lire. Vous pouvez également obtenir ce document écrit dans votre langue. Pour obtenir de l'assistance gratuitement, veuillez appeler le 1-866-530-9675 (TTY : 711). (French)

Możesz przeczytać ten dokument? Jeśli nie, możemy Ci w tym pomóc. Możesz także otrzymać ten dokument w swoim języku ojczystym. Po bezpłatną pomoc zadzwoń pod numer 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Polish)

Você consegue ler este documento? Se não, podemos pedir para alguém ajudá-lo a ler. Você também pode receber este documento escrito em seu idioma. Para obter ajuda gratuita, ligue 1-866-530-9675 (TTS: 711). (Portuguese)

Non riesci a leggere questo documento? In tal caso, possiamo chiedere a qualcuno di aiutarti a farlo. Potresti anche ricevere questo documento scritto nella tua lingua. Per assistenza gratuita, chiama il numero 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Italian)

この文書をお読みになれますか？お読みになれない場合には音読ボランティアを手配させていただきます。この文書をご希望の言語に訳したものをお送りできる場合もあります。無料のサポートについては、1-866-530-9675 (TTY: 711) までお問い合わせください。 (Japanese)

Können Sie dieses Dokument lesen? Falls nicht, können wir Ihnen einen Mitarbeiter zur Verfügung stellen, der Sie dabei unterstützen wird. Möglicherweise können Sie dieses Dokument auch in Ihrer Sprache erhalten. Rufen Sie für kostenlose Hilfe bitte folgende Nummer an: 1-866-530-9675 (Schreibtelefon: 711). (German)

آیا می توانید این متن را بخوانید؟ در صورتی که نمی توانید، ما قادریم از شخصی بخواهیم تا در خواندن این متن به شما کمک کند. همچنین ممکن است بتوانید این متن را به زبان خود دریافت کنید. برای کمک رایگان با این شماره تماس بگیرید: 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Persian Farsi)

क्या आप इस दस्तावेज़ को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी सहायता करने हेतु किसी की व्यवस्था कर सकते हैं। आप इस दस्तावेज़ को अपनी भाषा में लिखा हुआ भी प्राप्त कर सकते हैं। निशुल्क सहायता के लिए, कृपया यहाँ कॉल करें 1-866-530-9675 (TTY: 711)। (Hindi)

คุณสามารถอ่านเอกสารนี้ได้หรือไม่? หากไม่ได้ เราสามารถหาคนมาช่วยคุณอ่านได้ นอกจากนี้ คุณยังสามารถรับเอกสารนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้อีกด้วย ได้รับความช่วยเหลือฟรีได้โดยโทรไปที่ 1-866-530-9675 (TTY: 711) (Thai)

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਅਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-530-9675 (TTY: 711) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Դուք կարող եք կարդալ այս փաստաթուղթը: Եթե ոչ, մենք կրկն մեկնենք կոմպյուտեր, ով կօգնի ձեզ կարդալ: Դուք կարող եք նաև այս փաստաթուղթը ստանալ զրկան ձեր լեզվով: Անվճար օգնություն համար խնդրում ենք զանգահարել 1-866-530-9675 (TTY 711): (Armenian)

Koj nyeem puas tau daim ntawv no? Yog koj nyeem tsis tau, peb muaj neeg pab nyeem rau koj. Tsis tas li ntawd xwb, tej zaum kuj muab daim ntawv no sau ua koj hom lus tau thiab. Yog yuav thov kev pab dawb, thov hu rau 1-866-530-9675 (TTY: 711). (Hmong)

តើលោកអ្នកអាចអានឯកសារនេះបានទេ? បើសិនមិនអាចទេ យើងអាចឱ្យនរណាម្នាក់ជួយអានឱ្យលោកអ្នក។ លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានឯកសារនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសារបស់លោកអ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរស័ព្ទទៅ 1-866-530-9675 (TTY: 711)។ (Cambodian)

צי קענט איר לייענען דעם דאזיקן דאקומענט? אויב ניט, עמעצער דא קען אייך העלפן אים צו לייענען. עס איז אויך מעגלעך, אז איר קענט באקומען דעם דאזיקן דאקומענט אין אייער שפראך. פֿאַר אומזיסטע הילף קענט איר אַנקלוגען אַ ט די דאזיקע נומער: 1-866-530-9675 אָ איר דאָ נומער פֿאַר מענטשען, וואָס הערן ניט: 711 (Yiddish)

Díísh yíníłta'go bííníghah? Doo bííníghahgóó éí nich'í' yídóolta'hígíí níhee hóloq. Díí naaltsoos t'áá Diné bizaad k'ehjí ályaago ałdó' nich'í' ádoolnít'igo bííghah. T'áá jíík'e shíká i'doolwoł nínízingo kojí' béésh holdíílnih 1-866-530-9675 (TTY: 711) (Navajo)

## Divulgación sobre no discriminación

### La discriminación está prohibida por la ley

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidos los estereotipos de sexo y la identidad de género. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

La cobertura para servicios de salud médicamente necesarios está disponible conforme a los mismos términos para todas las personas, independientemente del sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado. No negaremos ni limitaremos la cobertura para cualquier servicio de salud con base en el hecho de que el sexo asignado al nacer, la identidad de género o el género registrado de una persona sea diferente del sexo o género para el que se proporcionen los servicios normalmente. No negaremos ni limitaremos la cobertura para un servicio de salud específico relacionado con la transición de género, si dicha denegación o limitación genera una situación de discriminación contra una persona transgénero.

Si usted considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que lo hemos discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja de manera electrónica por Internet, por teléfono con un representante de Servicio al Cliente o por correo.

Delta Dental  
PO Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330  
1-866-530-9675  
es.deltadentalins.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (solo disponible en inglés), o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (solo disponible en inglés).

---

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, Distrito de Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:

- intérpretes de lenguaje de señas calificados
- información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

También ofrecemos servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- intérpretes calificados
- información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente.

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, Distrito de Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).



## AVISOS A LOS AFILIADOS

Las leyes federales y estatales exigen que se informe con regularidad a los Afiliados acerca de sus derechos y las prácticas de privacidad. A continuación, se muestra un resumen de los avisos disponibles en la sección legal o de privacidad de nuestra página web. Para acceder a la versión más reciente y al texto completo de cada aviso, visite nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

### Avisos federales:

- **Aviso sobre las prácticas de privacidad (NPP) de la HIPAA:** Las regulaciones federales exigen que los planes de seguro compartan información sobre las prácticas de privacidad de la compañía. Esto se denomina “Aviso sobre las prácticas de privacidad (NPP, por sus siglas en inglés)” y debe leerse cuando una persona se convierte en afiliado por primera vez y revisarse al menos cada tres años de ahí en adelante.
- **Gramm-Leach-Bliley (GLB):** Las instituciones financieras y las compañías de seguro deben describir cómo se recopila y comparte la información demográfica y financiera. California exige que se proporcione un aviso específico para el estado, denominado Aviso de privacidad financiera de California, el cual se describe a continuación en la sección Avisos estatales.
- **Aviso de no discriminación:** Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo, incluidos los estereotipos de sexo y la identidad de género. Si usted considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que lo hemos discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja de manera electrónica por Internet, por teléfono con un representante de servicio al cliente o por correo.
- **Aviso de asistencia en otros idiomas y encuesta:** Proporcionamos servicios de interpretación telefónica a las personas que llaman y no hablan inglés. En California, también proporcionaremos, a pedido, una copia traducida de ciertos documentos vitales en español o chino. En Maryland y Washington DC, es posible que los afiliados reciban material sobre quejas en español o chino.

### Avisos estatales:

- **Aviso de privacidad financiera de California:** Este aviso para los californianos describe nuestras prácticas de recopilación e intercambio de información demográfica y financiera. Es similar al aviso de Gramm-Leach-Bliley (GLB) que se describió antes.

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, Distrito de Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).

- **Proceso de reclamaciones para California:** Este aviso describe los procedimientos para procesar y resolver quejas de los afiliados y proporciona una dirección y número de teléfono para presentar una queja. Se invita a los californianos a leer este aviso cuando se inscriben por primera vez y una vez al año de ahí en adelante.
- **Acceso oportuno a la atención en California:** La ley de California exige que los planes de salud brinden acceso oportuno a la atención. Esta ley establece límites sobre cuánto tiempo deben esperar los afiliados para obtener citas y recibir asistencia telefónica.
- **Donación de órganos y tejidos en California:** Este aviso informa a los asegurados sobre los beneficios para la sociedad de la donación de órganos y los métodos que se pueden usar para convertirse en donante de órganos o tejidos. Las regulaciones de California exigen que todos los planes de salud proporcionen esta información después de la inscripción y una vez al año de ahí en adelante.
- **Balances devengados del deducible anual de California y del límite máximo de los gastos de bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés):** La ley de California exige que los planes de salud proporcionen a los afiliados balances devengados actualizados para su deducible anual y su límite máximo de los gastos de bolsillo para cada mes en que se utilizaron los beneficios hasta que se cumplan los balances devengados. Los afiliados tienen derecho a solicitar el balance devengado más actualizado del plan de salud en cualquier momento.
- **Solicitud de comunicación confidencial en California:** Este aviso informa a los asegurados sobre los métodos para ponerse en contacto con el plan cuando existe la necesidad o el deseo de proporcionar una dirección alternativa para recibir información de la salud protegida. Los usuarios también pueden elegir usar el formulario “Solicitud de comunicación confidencial” al enviar dicha solicitud.

Si tiene preguntas respecto a los avisos, póngase en contacto con nosotros al 866-530-9675. También puede escribirnos a:

Delta Dental  
 PO Box 997330  
 Sacramento, CA 95899-7330

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, District of Columbia, Delaware, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Mississippi, Montana, Tennessee y West Virginia por Delta Dental Insurance Company; en Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Kentucky, Maryland, Missouri, New Jersey, Ohio y Texas por Alpha Dental Programs, Inc.; en Nevada por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en Utah por Alpha Dental of Utah, Inc.; en New Mexico por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en New York por Delta Dental of New York, Inc.; en Pennsylvania por Delta Dental of Pennsylvania. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos. DeltaVision está respaldada en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en Alabama, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Maryland, Montana, Nevada, Nueva York, Pensilvania, Texas, Utah y Virginia Occidental por Delta Dental Insurance Company. DeltaVision es administrada por Vision Service Plan (VSP).