

FOLLETO DE BENEFICIOS

**PLAN DE SEGURO DE SALUD PARA EL
ESTUDIANTE DE UNIVERSITY OF
CALIFORNIA**



es.deltadentalins.com

N.º de grupo: 20096 y 20097

**Fecha de Entrada en Vigencia:
01 de agosto de 2020**

Índice

INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIONES	2
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	4
CONDICIONES SEGÚN LAS CUALES SE PROPORCIONAN LOS BENEFICIOS	7
CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR	9
APELACIÓN DE RECLAMACIONES	11
DISPOSICIONES GENERALES	11

Anexos

ANEXO A: DEDUCIBLES, LÍMITES MÁXIMOS Y NIVELES DE BENEFICIOS DEL CONTRATO	14
ANEXO B: SERVICIOS, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES	15

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental de grupo del Plan de seguro de salud para el estudiante de University of California (UC SHIP). Delta Dental financia su plan y administra sus reclamaciones. Nuestra meta es proveerle la más alta calidad en cuidado dental y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere tener un problema para ver al Proveedor, sino que lo vea regularmente.

Este Folleto de Beneficios es un resumen de su programa dental de grupo. Léalo detenidamente. El folleto solamente resume las disposiciones detalladas del contrato dental del grupo expedido por Delta Dental de California ("Delta Dental") y no puede modificar el Contrato de ninguna manera.

Uso de este Folleto de Beneficios

Este Folleto de Beneficios incluye el Anexo A: deducibles, límites máximos y niveles de Beneficios del contrato (Anexo A); y el Anexo B: servicios, limitaciones y exclusiones (Anexo B). El folleto describe los términos y las condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarlo a sacar el máximo provecho de su plan dental. Le ayudará a comprender cómo funciona su plan y cómo obtener cuidado dental. Lea este folleto por completo y con atención. Recuerde que las palabras "usted" y "su" o "sus" hacen referencia a las personas que tienen cobertura. Las palabras "nosotros", "nos" y "nuestros" siempre hacen referencia a Delta Dental. Lea también la sección Definiciones de términos, en la cual se explican todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos en el Contrato.

Las explicaciones de los Beneficios que se encuentran en este folleto están sujetas a todas las disposiciones del Contrato estipulado con el UC SHIP ("Titular del Contrato") y no modifican los términos ni las condiciones del Contrato de ninguna manera, así como usted tampoco adquirirá ningún derecho por las declaraciones u omisiones de este folleto.

Aviso: *Este folleto es un resumen de su plan dental de grupo y debe estar vigente en el momento en el que se proporcionen los servicios dentales cubiertos. Esta información no es una garantía de Beneficios, servicios, o pagos cubiertos.*

Comuníquese con nosotros

Para obtener más información, visite nuestro sitio web, es.deltadentalins.com, o llame al Centro de Servicio al Cliente. Un Representante de Servicio al Cliente podrá responder las preguntas que usted tenga sobre cómo obtener el cuidado dental, ayudarlo a ubicar a un Proveedor de Delta Dental, explicarle los Beneficios, consultar el estado de una reclamación y ayudarlo a presentar una reclamación.

Puede acceder a nuestra línea de información automatizada llamando al 888-335-8227 durante el horario regular habitual para obtener información sobre la elegibilidad de los Afiliados, los Beneficios de grupo, el estado de una reclamación o para hablar con un Representante de Servicio al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere enviarnos su(s) pregunta(s) por escrito, envíelas por correo a la siguiente dirección:

DELTA DENTAL OF CALIFORNIA
560 Mission Street
Suite 1300
San Francisco, CA 94105

DEFINICIONES

Los términos que aparecen en mayúsculas en el Folleto de Beneficios tienen significados definidos, que aparecen en la siguiente sección o a lo largo de las secciones del folleto.

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

Beneficios: servicios dentales cubiertos que se proporcionan conforme a los términos de este Contrato.

Año Calendario: los 12 meses del año desde el 01 de enero hasta el 31 de diciembre.

Formulario de Reclamación: el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación o solicitar un Estimado previo al tratamiento.

Contrato: El acuerdo entre Delta Dental y el Titular del Contrato, incluidos los anexos.

Nivel de Beneficio del Contrato: El porcentaje del Valor del Límite Máximo Autorizado en el Contrato que Delta Dental paga después de que se haya cumplido con el Deducible, como lo explica el Anexo A.

Titular del Contrato: el empleador, el sindicato o cualquier otra organización o grupo nombrado en el presente que realice una contratación para obtener Beneficios.

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. Los Deducibles y los Límites máximos se determinarán con referencia a este periodo de 12 meses en lugar del Año Calendario.

Deducible: la cantidad en dólares que el Afiliado y/o su familia (en caso de cobertura familiar) debe pagar por algunos servicios cubiertos antes de que Delta Dental comience a pagar los Beneficios.

Proveedor de Delta Dental Premier® (Proveedor de Premier): proveedor que celebra un contrato con Delta Dental o con cualquier otra compañía afiliada a 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 en virtud de un plan. Un Proveedor de Premier también acepta cumplir con las guías administrativas de Delta Dental.

Cargo contratado de Delta Dental Premier: el cargo por un Procedimiento único cubierto bajo el Contrato que un Proveedor de Premier aceptó recibir, por contrato, como pago total por los servicios cubiertos.

Proveedor de Delta Dental PPOSM (Proveedor de la PPO): un Proveedor que tiene un contrato con Delta Dental o con cualquier otra compañía afiliada a la Asociación de Planes de Delta Dental y que acepta recibir el Cargo contratado de la Delta Dental PPO como pago total por los servicios cubiertos bajo un plan dental de la PPO. Un Proveedor de la PPO también acepta cumplir con las guías administrativas de Delta Dental.

Cargo contratado de Delta Dental PPO: el cargo por un Procedimiento único cubierto bajo el contrato que un Proveedor de la PPO aceptó recibir, por contrato, como pago total por los servicios cubiertos.

Emergencia dental: una prueba, un examen y una evaluación dental realizados por un Proveedor o, en la medida en la que lo permitan las leyes correspondientes, otras personas autorizadas 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.

Enfermedad dental de emergencia: una enfermedad dental que se manifiesta por síntomas agudos lo suficientemente graves (incluido el dolor intenso) que en caso de no recibir atención dental de forma inmediata se podría esperar razonablemente que derive en uno de los siguientes: 1) la salud del Afiliado podría correr un grave peligro; 2) podría causar otras consecuencias dentales o médicas graves, y/o 3) podría causar un deterioro grave de la funcionalidad dental.

Afiliado dependiente: es un Dependiente elegible inscrito en el plan para recibir Beneficios.

Fecha de entrada en vigencia: la fecha original en la que comienza el Contrato. Esta fecha se encuentra en la portada de este folleto y en el Anexo A.

Dependiente elegible: dependiente de un Afiliado elegible que es elegible para recibir los Beneficios.

Afiliado elegible: todo Afiliado que sea elegible para recibir Beneficios.

Afiliado: un Afiliado elegible ("Afiliado primario") o un Dependiente elegible ("Afiliado dependiente") inscrito para recibir Beneficios.

Pagos del Afiliado: la obligación financiera de un Afiliado por los servicios, que se calcula como la diferencia entre la cantidad indicada como Cargo Aceptado y la parte indicada como "Pagos de Delta Dental" en el informe de reclamaciones cuando se procesa una reclamación.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura del Afiliado: la fecha en que el Titular del Contrato informa que empezará la cobertura para cada Afiliado primario y para cada Afiliado dependiente.

Límite máximo: cantidad máxima en dólares ("Cantidad máxima" o "Límite máximo") que Delta Dental pagará por el costo del cuidado dental. Los Afiliados deben satisfacer los costos que superen esta cantidad. Delta Dental pagará las cantidades del límite máximo, si corresponde, que se indican en el Anexo A para los Beneficios en virtud del Contrato.

Valor del Límite Máximo Autorizado en el Contrato: reembolso en virtud del plan de Beneficios del Afiliado sobre el cual Delta Dental calcula su pago y la obligación financiera del Afiliado. Sujeto a ajustes por dificultad extrema o circunstancias inusuales, el Valor del Límite Máximo Autorizado en el Contrato por servicios prestados es uno de los siguientes:

- por un Proveedor de la PPO es el Cargo Presentado por el Proveedor o el Cargo Contratado de la PPO, lo que sea menor;
- por un Proveedor de Premier es el Cargo Presentado por el Proveedor o el Cargo Contratado de Delta Dental Premier, lo que sea menor;
- por un Proveedor que no es de Delta Dental es el Cargo Presentado por el Proveedor o la Asignación del Programa, lo que sea menor.

Proveedor que no es de Delta Dental: es un Proveedor que no pertenece a Premier ni a la PPO y que no está obligado por contrato a acatar las guías administrativas de Delta Dental.

Estimado previo al tratamiento: cálculo de los Beneficios autorizados por el Contrato para los servicios ofrecidos, asumiendo que la persona es un Afiliado elegible.

Afiliado primario: un Afiliado elegible inscrito en el plan para recibir Beneficios; también puede denominarse "Afiliado."

Código de procedimiento: el número del nomenclador dental actual[®] (CDT, por sus siglas en inglés) asignado a un Procedimiento único por la Sociedad Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés).

Asignación del programa: la cantidad máxima que Delta Dental reembolsará por un procedimiento cubierto. Delta Dental establece la Asignación del Programa para cada procedimiento a través de una revisión de datos confidenciales por zona geográfica. La Asignación del programa puede variar según el estado contractual del Proveedor y/o la Asignación del programa seleccionada por el Titular del Contrato.

Proveedor: persona con la licencia correspondiente para practicar la odontología en el momento y el lugar donde se proporcionen servicios. Un Proveedor también incluirá una sociedad dental, una corporación profesional dental o una clínica dental.

Cambio de estado que califica: es un cambio en uno de los siguientes:

- 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 hijo de crianza, o fallecimiento de un hijo);
- hijo dependiente deja de cumplir los requisitos de elegibilidad;
- la residencia (el Afiliado, el hijo o Cónyuge dependiente se muda);
- una orden judicial que exija la cobertura de un dependiente; o
- cualquier otro cambio de elección actual o futuro permitido por la Sección 125 del Código de Impuestos Interno.

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

Cónyuge: la pareja del Afiliado primario o una persona relacionada con este:

- 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; y
- según pueda reconocerlo el Titular del Contrato.

Cargos presentados: la cantidad facturada e ingresada por un Proveedor en una reclamación de un procedimiento específico.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Requisitos de elegibilidad

Dependientes asegurados

1. Las siguientes clases de dependientes de los estudiantes asegurados pueden inscribirse voluntariamente en el plan:
 - a. Cónyuge: Cónyuge del estudiante asegurado.
 - b. Pareja doméstica: la persona designada como pareja doméstica del estudiante asegurado en virtud de uno de los siguientes métodos: (i) registro de la relación de pareja ante el Estado de California; (ii) establecimiento de una unión legal entre personas del mismo sexo, distinta de un matrimonio, llevado a cabo en otra jurisdicción que sea considerablemente equivalente a una relación de pareja doméstica registrada en el Estado de California; o (iii) presentación de un formulario de Declaración de Sociedad Doméstica de la Universidad. La pareja doméstica de sexo opuesto de un estudiante asegurado será elegible para recibir la cobertura solo si uno o ambos miembros de la pareja tienen más de 62 años y son elegibles para recibir los Beneficios del Seguro Social basados en de la edad.
 - c. Niño: Los hijos del estudiante asegurado, el cónyuge o la pareja doméstica del estudiante asegurado:
 - i. Hijo biológico menor de 26 años.
 - ii. Hijastro: un hijastro menor de 26 años es dependiente a partir de la fecha en que el estudiante asegurado se casa con el progenitor del menor.
 - iii. Hijo adoptado menor de 26 años, incluido un niño que es alojado con un estudiante asegurado para los fines de adopción, desde el momento de la ubicación, según lo certificado por la agencia encargada de la ubicación.
 - iv. Hijo de crianza: un hijo de crianza menor de 18 años es dependiente desde el momento de la ubicación con el estudiante asegurado, según lo certificado por la agencia encargada de la ubicación. En determinadas circunstancias, será posible extender el límite de edad del hijo de crianza, de conformidad con la disposición para un dependiente no menor según se define en el Código de bienestar e instituciones de California, Sección 11400(v).
 - v. Un hijo para el que el estudiante asegurado está legalmente obligado a proporcionar un seguro médico de acuerdo con una orden administrativa o judicial, siempre que el hijo, de otro modo, satisfaga los requisitos de elegibilidad del UC SHIP.
 - vi. Hijo adulto *dependiente*: un hijo mayor de 26 años de edad que cumple los siguientes requisitos: (i) estaba cubierto bajo el *plan anterior*, o tiene seis meses o más de *cobertura acreditable*; (ii) depende principalmente del *estudiante, el cónyuge o la pareja doméstica del estudiante* para sostenimiento y manutención; y (iii) es incapaz de tener un empleo para mantenerse debido a una enfermedad mental o física. Un *médico* debe certificar por escrito que el hijo es incapaz de tener un empleo para mantenerse debido a una enfermedad mental o física. La Universidad puede solicitar pruebas de estas enfermedades para continuar la cobertura. La Universidad debe recibir la certificación, sin costo para la Universidad, en un plazo de 60 días desde la fecha en que el *estudiante* recibe la solicitud. La Universidad puede solicitar pruebas de la continuación de la dependencia y de que aún existe la enfermedad física o mental, pero solo una por año, como máximo, después de la certificación inicial. Esta excepción durará hasta que el hijo no dependa principalmente del *estudiante, su cónyuge o pareja doméstica* para el sostenimiento y manutención debido a la continuación de una enfermedad mental o física. Se considera que un hijo es dependiente principal del sostenimiento y manutención si cumple los requisitos de dependiente a efectos de los impuestos federales.

Nota: Si ambos progenitores están cubiertos como estudiantes asegurados, sus hijos pueden estar cubiertos como dependientes de cualquiera de ellos, pero no de ambos.

2. Los estudiantes deben proporcionar una prueba del estado de dependencia al inscribir a sus dependientes en el plan. Se aceptarán los siguientes documentos:
 - a. Para los cónyuges, un certificado de matrimonio.
 - b. Para una pareja doméstica, un certificado de relación de pareja doméstica registrada expedido por el Estado de California, o de unión legal del personas del mismo sexo que no sea de matrimonio, expedido en otra jurisdicción, o un formulario de la Declaración de Sociedad Doméstica expedido por la Universidad
 - c. Para un hijo biológico, un certificado de nacimiento que indique que el estudiante es el progenitor del niño.
 - d. Para el hijastro, un certificado de nacimiento y un certificado de matrimonio que indique que uno de los progenitores que aparecen en el certificado de nacimiento está casado con el estudiante.
 - e. En el caso de los hijos adoptados o de crianza, documentación de la agencia de ubicación que indique que el estudiante, el cónyuge o la pareja doméstica tiene el derecho legal a controlar el cuidado de la salud del niño.
 - f. Para el hijo biológico de una pareja doméstica, un certificado de nacimiento que indique que la pareja doméstica es el progenitor del niño.
 - g. Para cualquier dependiente, la fecha de pérdida involuntaria de otras coberturas. En el momento de la inscripción en el UC SHIP debe proporcionarse una carta oficial de terminación de la compañía aseguradora.
 - h. Para un niño cubierto bajo una orden judicial, una copia del documento del tribunal.
 - i. Para un dependiente internacional, se debe proporcionar una copia del pasaporte.

No será elegible ningún dependiente adulto mayor de 26 años que se encuentre en el servicio militar.

Requisitos de inscripción

Todos los estudiantes inscritos en virtud del UC SHIP (University of California Student Health Insurance Plan) en los campus indicados en el punto n.º 1 son elegibles para inscribirse y recibir Beneficios en virtud de este plan.

La cobertura para los estudiantes elegibles y sus dependientes cubiertos comenzará en la fecha de entrada en vigencia.

Estudiantes asegurados

1. Las siguientes clases de estudiantes estarán inscritos automáticamente como estudiantes asegurados.
 - Clase 1: todos los estudiantes registrados, incluidos los estudiantes nacionales e internacionales, de los siguientes campus de University of California:
 - i. Davis.
 - ii. Hastings College of the Law.
 - iii. Irvine.
 - iv. Los Ángeles.

- v. Merced.
 - vi. Riverside.
 - vii. San Diego.
 - viii. San Francisco
 - ix. Santa Cruz.
- Clase 2: Todos los estudiantes de posgrado de los campus de University of California indicados en el punto 1 que están registrados In-Absentia.
 - Clase 3: Personas del campus de UC San Francisco inscritos en el “Plan de salud para académicos e investigadores” que abarca a personas que no son estudiantes registrados, pero son académicos y/o investigadores que participan en un programa o una actividad académica aprobada por el campus. Cada Afiliado debe presentar una aprobación oficial de un representante del campus de este programa.

Nota: Un estudiante puede estar exento de inscripción en el UC SHIP durante el periodo de exención especificado en su campus sede, proporcionando una prueba de cobertura que reúna los criterios de Beneficios del plan médico especificados por la Universidad. Una exención entra en vigencia durante un año académico y debe completarse nuevamente durante el periodo de exención al inicio de cada trimestre de otoño o semestre del año académico. También se encuentran disponibles las solicitudes de exención para cada término académico dentro del año (trimestre o semestre de invierno o primavera). Encontrará información sobre la exención de la inscripción del plan en la oficina de seguro médico del estudiante, en el campus del estudiante.

2. Las siguientes clases de personas pueden inscribirse voluntariamente como estudiantes asegurados:
 - a. Todos los estudiantes con estado “Presentación de cargos” no registrados de los campus de University of California en Davis, Irvine, Los Ángeles, Merced, Riverside, San Diego, San Francisco y Santa Cruz, que estén completando un trabajo bajo el auspicio de University of California, pero que no asisten a clases. Los estudiantes que tienen un estado de Presentación de cargos podrán comprar cobertura del plan durante un semestre o un trimestre como máximo. Estos estudiantes pueden inscribirse comunicándose con Wells Fargo Insurance Services al 800-853-5899.
 - b. Todos los estudiantes de grado y de posgrado no registrados en Davis, Merced y Santa Cruz; los estudiantes de posgrado de Los Ángeles y los estudiantes de grado de Riverside que se encuentran con un permiso de ausencia educativa planificada (PELP, por sus siglas en inglés); los estudiantes de posgrado de Irvine, Los Ángeles, Riverside, San Diego y San Francisco; y los estudiantes de grado y de posgrado de Santa Cruz con un permiso de ausencia del trabajo (LOA, por sus siglas en inglés) aprobado. Estos estudiantes podrán comprar la cobertura del plan durante un máximo de un semestre o dos trimestres y podrán inscribirse poniéndose en contacto con Wells Fargo Insurance Services al 800-853-5899.
 - c. Todos los antiguos estudiantes de los campus de University of California que completaron su grado (estudiantes de posgrado) durante el periodo inmediatamente anterior al término para el que desean comprar la cobertura. Estas personas pueden comprar una UC SHIP durante un máximo de un semestre o un trimestre. Estas personas pueden inscribirse comunicándose con Wells Fargo Insurance Services al 800-853-5899.

NOTA: Los estudiantes no registrados que se describen en el punto número 2 arriba pueden adquirir el UC SHIP solo si cumplen los siguientes requisitos:

- a. se inscribieron para recibir el UC SHIP durante el término académico inmediatamente anterior; o
- b. demuestran prueba de pérdida involuntaria de su otra cobertura en los 30 días anteriores.

Pérdida de la elegibilidad

Su cobertura finaliza cuando usted ya no sea un Afiliado elegible del Titular del Contrato o en el momento exacto en que el Contrato termina. Su cónyuge pierde cobertura cuando su cobertura finaliza o cuando pierde el estado de dependiente. Sus hijos dependientes pierden cobertura cuando su cobertura finaliza o el último día del mes en el que se pierde el estado de dependencia.

Continuación de los Beneficios

No pagaremos servicios o tratamientos recibidos después de la fecha de finalización de la cobertura. No obstante, pagaremos los servicios dentales cubiertos incurridos mientras usted estaba elegible si dichos procedimientos se realizaron dentro de los 31 días de la fecha en que finalizó la cobertura.

Un servicio dental se recibe:

- por un aparato (o cambio de un aparato), al momento de tomarse la impresión;
- por una corona, un puente o una restauración de molde al momento de prepararse el diente o los dientes;
- por un tratamiento de endodoncia al momento de abrirse la cámara pulpar; y
- por todos los demás servicios dentales al momento de brindarse el servicio o de proporcionarse el suministro.

CONDICIONES SEGÚN LAS CUALES SE PROPORCIONAN LOS BENEFICIOS

Pagaremos los Beneficios por los servicios dentales que se detallan en el Anexo B. Pagaremos Beneficios solamente por los servicios cubiertos. El Contrato cubre varias categorías de servicios dentales cuando un Proveedor presta los servicios, y cuando estos son necesarios y se encuentren dentro de los principios de la práctica dental generalmente aceptados. Las reclamaciones se procesarán de acuerdo con nuestras políticas de procesamiento estándares. Es posible que las políticas de procesamiento se revisen al comienzo del año calendario para cumplir con los cambios anuales en el CDT hechos por la Sociedad Dental Estadounidense y para reflejar cambios en las normas generalmente aceptadas de la práctica dental. Delta Dental notificará dichos cambios con anticipación al Titular del Contrato, quien luego se lo informará a los Afiliados primarios.

Usaremos las políticas de procesamiento vigentes en el momento en que se procese la reclamación. Es posible que solicitemos el apoyo de dentistas (asesores 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. Limitaciones y Exclusiones se aplicarán por el periodo en el que la persona es Afiliado bajo cualquier programa de Delta Dental o programa de cuidado dental anterior proporcionado por el Titular del Contrato sujeto al recibo de tal información del Titular del Contrato o al momento que se presenta una reclamación. Periodos de elegibilidad adicionales, de haberlos, se detallan en el Anexo A. Si usted recibe servicios dentales de un Proveedor que se encuentra fuera del estado de California, el Proveedor recibirá el pago de acuerdo con las disposiciones de pago de la red de Delta Dental para dicho estado, de acuerdo con los términos del Contrato.

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 al Contrato. Incluso 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.

Coseguro del Afiliado

Pagaremos un porcentaje del Valor del Límite Máximo Autorizado en el Contrato por los servicios cubiertos, como se indica en el Anexo A, y usted es responsable de pagar el saldo. Lo que usted paga se llama el Coseguro del Afiliado y es parte de sus gastos de bolsillo. Usted lo paga incluso después de haber alcanzado el Deducible.

La cantidad de su Coseguro de 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. UC SHIP eligió exigir Coseguros del Afiliado para este programa como método para compartir los costos de proporcionar Beneficios dentales entre el Titular del Contrato y los Afiliados. 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 a los cargos o las asignaciones del Proveedor reducidos por la cantidad descontada, reembolsada o eximida de dichos cargos o asignaciones.

Le conviene seleccionar Proveedores de la PPO porque han aceptado recibir el Valor Máximo Autorizado en el Contrato como pago total por servicios cubiertos, lo que normalmente se traduce en gastos de bolsillo más bajos para usted. Para obtener más información, consulte la sección titulada "Cómo elegir a su proveedor".

Deducible

Su plan dental tiene un Deducible. Esta es una cantidad que debe pagar directamente de su bolsillo antes de que se paguen los Beneficios. Las cantidades Deducibles se enumeran en el Anexo A. Los Deducibles se aplican a todos los Beneficios, a menos que se especifique otra cosa. Solamente los cargos del Proveedor que usted pague por los Beneficios cubiertos contarán hacia el Deducible.

Cantidad del límite máximo

La mayoría de los planes dentales tienen una cantidad para el límite máximo. La cantidad de un límite máximo: es la cantidad máxima en dólares que pagaremos por el costo del cuidado dental. Usted es responsable del pago de los costos que exceden esta cantidad. El Límite Máximo a pagar se presenta en el Anexo A. Los Límites Máximos pueden ser anuales, por servicio, o de por vida.

Estimado previo 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 a usted. Estimaremos la cantidad de Beneficios pagaderos bajo el Contrato para los servicios enumerados. Si le solicita a su Proveedor un Presupuesto Previo al Tratamiento de nuestra parte antes de que acepte recibir cualquier tratamiento prescrito, 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 del Contrato cuando se realice el tratamiento. Los Presupuestos Previo al Tratamiento tienen validez durante 365 días al 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 del contrato;
- la fecha del enmendado de Beneficios bajo el Contrato, si los servicios en el Presupuesto Previo al Tratamiento son parte de la enmendación;
- la fecha que termine su cobertura; o
- la fecha que finalice el acuerdo del Proveedor con Delta Dental.

El Presupuesto Previo al Tratamiento no garantiza el pago. Se trata de un presupuesto de la cantidad que pagaremos si usted está inscrito y cumple con todos los requisitos del plan en el momento en que el tratamiento que planificó se haya completado. El presupuesto no toma en cuenta ningún Deducible; por esta razón, recuerde calcular su Deducible si fuera necesario.

Coordinación de Beneficios

Coordinamos los Beneficios del contrato con sus Beneficios de cualquier otro grupo o plan prepagado o póliza de seguro designada para integrarse completamente con otras pólizas. Este plan es secundario a cualquier otra póliza. Determinaremos los Beneficios después de los del plan primario y pagaremos la menor de las cantidades que pagaríamos en ausencia de cualquier otra cobertura de Beneficios dentales o el costo total de gastos de bolsillo del Afiliado bajo el plan primario para los Beneficios cubiertos bajo el contrato.

- ¿Cómo determinamos cual plan es el programa “principal”?
 - (1) El plan que lo cubre a usted como Afiliado predomina sobre un plan que lo cubre como dependiente.
 - (2) El plan que lo cubre como Afiliado predomina sobre un plan que cubre a la persona asegurada como dependiente, excepto que la persona asegurada también sea beneficiaria de Medicare; como resultado de la regla establecida por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones vigentes, Medicare ocupa el siguiente lugar:
 - a) es secundario al plan que cubre a la persona asegurada como dependiente; y
 - b) predomina sobre el plan que cubre a la persona asegurada como no dependiente (p. ej., Afiliado jubilado), entonces los Beneficios del plan que cubre a la persona asegurada como dependiente se determinan antes que los Beneficios del plan que cubre a la persona asegurada como no dependiente.
 - (3) A excepción de lo que se establece a continuación, cuando este plan y otro plan cubren al mismo hijo como dependiente de diferentes personas, llamadas padres, se aplica uno de los siguientes:
 - a) Los Beneficios del plan del padre o la madre cuya fecha de nacimiento sea anterior en un año se determinan antes de los del plan del padre o la madre cuya fecha de nacimiento sea posterior en ese año; pero

- b) Pero si ambos padres cumplen años el mismo día, los Beneficios del plan que cubrió a uno de los padres durante un periodo más prolongado se determinan antes que los del plan que cubrió 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 del padre, y si, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de Beneficios, la regla del otro plan determinará el orden de los Beneficios.
- (4) En el caso de un hijo dependiente de padres divorciados o separados jurídicamente, el plan que cubre al Afiliado como dependiente del padre o la madre que posee la tutela legal, o como dependiente del cónyuge de quien posee la tutela (es decir, el padrastro o madrastra) predominará sobre el plan que cubre al Afiliado como dependiente del padre o 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 en relación con el hijo, los Beneficios de un plan que cubra al hijo como dependiente del padre o madre con dicha 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 un dictamen del tribunal 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 que se describen en (3) a) hasta (3) c).
- (6) Los Beneficios de un plan que cubre a una persona asegurada como Afiliado que no ha sido despedido ni está jubilado se determinan antes que los de un plan que cubre a dicha persona asegurada como Afiliado despedido o jubilado. Lo mismo sucedería si una persona asegurada es un dependiente de una persona cubierta como jubilado y también como Afiliado. Si el otro plan no tiene esta regla y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de los Beneficios, esta regla 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 bajo otro plan, se aplicará el siguiente orden para la determinación de Beneficios:
- a) primero, los Beneficios de un plan que cubre a la persona asegurada como Afiliado o Afiliado primario (o como dependiente de esa persona asegurada);
 - b) segundo, los Beneficios de la cobertura de continuación.
- Si el otro plan no posee la regla que se describe anteriormente y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de los Beneficios, esta regla se ignora.
- (8) Si ninguna de las reglas que se mencionaron antes determina el orden de los Beneficios, los Beneficios del plan que lo cubrió a usted por más tiempo se determinan antes que los Beneficios del plan que lo cubrió por un periodo más corto.
- (9) Cuando no pueda hacerse una determinación de acuerdo con lo anterior, los Beneficios de un plan médico que también cubre servicios dentales como Beneficios predominarán sobre un plan únicamente dental.

CÓMO ELEGIR A SU PROVEEDOR

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 sea de Delta Dental. Este es un plan de PPO y los mayores Beneficios, incluidos los ahorros en gastos de bolsillo, se producen cuando usted elige a un proveedor PPO. 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 los procedimientos de pago de Delta Dental a fin de comprender el método de pago correspondiente según el proveedor que haya elegido y el modo en el que esto puede influir en sus gastos de bolsillo.

Cómo ubicar a un proveedor de la PPO

Puede obtener información a través de nuestro sitio web en es.deltadentalins.com. También puede llamar a nuestro Centro de Servicio 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.

Cómo seleccionar a un proveedor de Premier

Un proveedor de Premier es un proveedor de Delta Dental que no ha aceptado las características del plan PPO. El pago por los servicios cubiertos que le proporcione un proveedor de Premier se basa en el Valor del Límite Máximo Autorizado en el Contrato. La cantidad cobrada por un Proveedor de Premier puede superar la cantidad aceptada por los proveedores de la PPO, pero no superará el cargo contratado de Delta Dental Premier.

Cómo elegir a un proveedor que no es de Delta Dental

Si un Proveedor no es de Delta Dental, la cantidad que se cobre a los Afiliados puede ser superior a la aceptada por los proveedores de la PPO o Premier, y los Afiliados serán responsables de las cantidades del balance de la facturación. 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 al Afiliado se le facturarán saldos que no superen los cargos presentados del proveedor.

Obligaciones adicionales de proveedores de la PPO y Premier

- El proveedor de la PPO o Premier debe aceptar la asignación de los Beneficios, lo que significa que Delta Dental pagará directamente a estos proveedores después del cumplimiento del deducible y el coseguro del Afiliado. El Afiliado 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 lo presentarán ante Delta Dental para obtener el reembolso.
- Los Proveedores de la PPO y de Premier aceptarán los cargos contratados como pago completo por los servicios cubiertos y no facturarán los saldos si hay una diferencia entre los cargos presentados y los cargos contratados.

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 la Premier se encargarán de los trámites relacionados con su reclamación 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 no proporciona este servicio, usted mismo puede presentarnos una reclamación directamente. Para obtener más información, consulte la sección titulada "Aviso sobre el 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 95899-7339

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 los servicios prestados más de 12 meses después de la fecha en la que usted los haya recibido, es posible que se rechace el pago. Si recibió los servicios de parte de un proveedor que no es de Delta Dental, usted sigue siendo responsable del costo total. Si se rechaza el pago porque el Proveedor de la PPO 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 que usted estaba cubierto bajo una póliza de Delta Dental en el momento en que recibió el servicio, es posible que usted sea responsable por el costo de ese servicio.

Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier cargo por servicios dentales, las políticas de procesamiento y/o el modo en el que se paga su reclamación, póngase en contacto con nosotros.

Relaciones con el proveedor

Los Afiliados primarios y Delta Dental acuerdan permitir y promover 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 la red, incluido cualquier proveedor o Afiliado asociado o empleado por ellos, que proporcione servicios dentales a un Afiliado, lo hace como un 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.

APELACIÓN DE RECLAMACIONES

Le 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, y estableceremos los motivos de la denegación. Usted tiene al menos 180 días a partir de la recepción del aviso de denegación para presentar una apelación o una reclamación por escrito en la que manifieste los motivos por los cuales la denegación fue incorrecta. Usted y su Proveedor también podrán solicitar a Delta Dental que examine cualquier información adicional que pueda respaldar la apelación o reclamación.

Envíenos su apelación o reclamación a la dirección que se indica a continuación:

DELTA DENTAL OF CALIFORNIA
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7339

Le enviaremos una confirmación por escrito dentro de los 5 días después de haber recibido la apelación o reclamación. Realizaremos una revisión completa y justa y es posible que solicitemos más documentos durante esta revisión si fuera necesario. La revisión tendrá en cuenta todos los comentarios, los documentos, los registros y demás información, sin importar si dicha información se presentó o se consideró inicialmente. Si la revisión de una denegación se basa parcial- o totalmente en una falta de necesidad dental, un tratamiento experimental o un juicio clínico al aplicar los términos del Contrato, consultaremos a un dentista que cuente con suficientes conocimientos y experiencia. Una persona que no sea ni el individuo que haya denegado la reclamación sujeta a revisión ni el subordinado de dicho individuo llevará a cabo la revisión para nosotros. Le enviaremos una decisión al Afiliado dentro de los 30 días después de recibir su apelación o reclamación.

Si el Afiliado cree que necesita una revisión adicional de su apelación o queja, puede comunicarse con su agencia reguladora estatal, si corresponde. Si el plan de salud de grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), el Afiliado puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos para solicitar una revisión más a fondo de la reclamación o si el Afiliado tiene preguntas sobre los derechos que cubre la ERISA. El Afiliado también puede entablar una acción civil de acuerdo con la sección 502(a) de la ERISA. La dirección del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos es: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration (EBSA), 200 Constitution Avenue, N.W. Washington, D.C. 20210.

DISPOSICIONES GENERALES

No discriminación

Delta Dental cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Delta Dental no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Delta Dental:

- Ofrece 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).
- Ofrece servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el servicio al cliente de Delta Dental llamando al 800-471-0287.

Si usted considera que Delta Dental no le ha proporcionado estos servicios o que ha sufrido discriminación de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, podrá presentar una queja de manera electrónica en línea, por teléfono con un representante de servicio al cliente o por correo.

Delta Dental
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330
Número de teléfono: 800-471-0287
Dirección del sitio web: 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>, 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, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 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).

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 hospitales en los que se brinda el cuidado del Proveedor, dicha información y registros relacionados con la asistencia o el tratamiento proporcionado a usted, ya que pueden ser necesarios para administrar la reclamación; o a requerir que lo examine un asesor dental contratado y pagado por nosotros, en su comunidad o residencia o cerca de ella. 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 nos lo deben enviar a la dirección antes mencionada.

Si no entregamos el formulario en un plazo de 15 días a partir de su solicitud o la del Proveedor, los requisitos de prueba del siniestro 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 del siniestro por el cual se realiza una reclamación en el tiempo establecido en dicho párrafo para completar tales pruebas. Usted o su Proveedor puede 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).

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

Tiempo de pago

Las reclamaciones que deban pagarse en virtud de este Contrato por cualquier siniestro que no sea aquél por el cual el Contrato proporciona un pago periódico se pagarán en el plazo de 30 días desde la recepción de la prueba por escrito del siniestro. Le notificaremos a usted y a su Proveedor sobre cualquier información adicional necesaria para procesar la reclamación dentro de ese periodo de 30 días.

A quién se pagan los Beneficios

No es necesario que el servicio sea proporcionado por un dentista específico. El pago por los servicios proporcionados por un Proveedor de la PPO o Premier será hecho directamente al dentista. A usted se le realizarán todos los otros pagos estipulados por el Contrato. Todos los Beneficios no pagados al Proveedor se le pagarán a usted, como el Afiliado Principal o Afiliado Dependiente, o a su heredero, o a un beneficiario alternativo según lo establecido por una orden judicial, excepto cuando la persona sea menor de edad o no sea competente para proporcionar un descargo válido. En este caso los Beneficios podrán pagarse al padre, a la madre, al tutor o a otra persona que realmente le brinde sustento.

Tergiversación de la información en la solicitud: Efecto

Ante la ausencia de fraude o alteración intencional de un hecho relevante en el momento de solicitar u obtener cobertura conforme a los términos del Contrato, todas las declaraciones que haya hecho usted o el Titular del Contrato se considerarán

manifestaciones y no garantías. Ninguna de estas declaraciones se usará en la defensa de una reclamación bajo el Contrato, a menos que forme parte de una solicitud por escrito.

Toda tergiversación, omisión, ocultamiento de los hechos o declaraciones incorrectas que sean esenciales para la aceptación del riesgo puede prevenir la indemnización si, habiendo estado al tanto de los hechos tal como sucedieron, no hubieramos emitido, de buena fe, el contrato por la misma tarifa de cobertura. Si cualquier tergiversación afectara considerablemente las tarifas, nos reservamos el derecho de ajustar la tarifa de cobertura a fin de reflejar su situación actual al momento de la inscripción.

Acciones legales

No se presentará ninguna acción conforme a derecho o equidad para obtener una compensación con respecto al Contrato antes de que hayan transcurrido 60 días luego de que la prueba del siniestro se haya presentado de acuerdo con los requisitos del Contrato. Tampoco se presentará ninguna acción a menos que sea dentro de los tres (3) años a partir de la fecha en la que el Contrato exija la prueba del siniestro.

**Anexo A:
Deducibles, límites máximos y niveles de Beneficios del contrato**

Deducibles y límites máximos		
	Proveedores de Delta Dental PPO	Proveedores de Delta Dental Premier y proveedores que no son de Delta Dental
Deducible Anual	\$25 por Afiliado cada Año del Contrato	\$50 por Afiliado cada Año del Contrato
Deducibles exentos para	servicios de diagnóstico y prevención	
	Si un Afiliado cambia de tipo de proveedores durante un año del contrato, el límite máximo deducible del que usted será el responsable será de \$50 por Afiliado.	
Límite Máximo Anual	\$1,000 por Afiliado cada Año del Contrato	\$750 por Afiliado cada Año del Contrato
	Si un Afiliado cambia de tipo de proveedores durante un año del contrato, la cantidad del límite máximo que se pagará por los Beneficios se modificará en consecuencia. La cantidad del límite máximo que se pagará cada año por todos los servicios recibidos de todos los Proveedores no superará el importe máximo que se pagará por los proveedores de PPO de \$1,000. Sin embargo, si solo se usan proveedores que no pertenezcan a Delta Dental, el límite máximo no superará los \$750. Si un Afiliado satisface el límite máximo del año del contrato para los proveedores Premier y los proveedores que no son de la red, el Afiliado podrá seguir utilizando un proveedor PPO para el saldo del límite máximo que corresponda.	

Niveles de Beneficios del contrato		
Categoría de Servicios dentales	Proveedores de Delta Dental PPO[†]	Proveedores de Delta Dental Premier y Dentistas que no son de la red[†]
Delta Dental pagará o saldará el Nivel de Beneficios del Contrato que se indica a continuación por los siguientes servicios:		
Servicios de diagnóstico y prevención	100 %	80 %
Servicios Básicos	80 %	60 %
Servicios Mayores	70 %	40 %

[†] El reembolso se basa en los Cargos Contratados de la PPO para dentistas de la PPO, los Cargos Contratados de la Premier para dentistas de la Premier, y la Asignación del Programa para dentistas que no son de la red.

Anexo B: Servicios, Limitaciones y Exclusiones

Descripción de los servicios dentales

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.
- (2) Prevención: limpieza (incluidos limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca, que se considera un beneficio de diagnóstico y prevención, y mantenimiento periodontal, que se considera un beneficio básico para fines de pago), aplicación tópica de soluciones de flúor, separadores.
- (3) Paliativo: tratamiento de emergencia para aliviar el dolor.
- (4) Consultas con especialistas: opiniones o consejos solicitados por un dentista general.

- **Servicios Básicos**

- (1) Cirugía bucal: extracciones y otros procedimientos quirúrgicos (incluida la atención preoperatoria y posoperatoria).
- (2) 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.
- (3) Endodoncia: tratamiento de enfermedades y lesiones de la pulpa dental.
- (4) Periodontología: tratamiento de las encías y de los huesos que sostienen los dientes.
- (5) 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.
- (6) Restauración: las restauraciones (empastes) de amalgama y de empaste compuesto de resina y las coronas prefabricadas para el tratamiento de lesiones cariosas (destrucción visible de la estructura dura de los dientes ocasionada por las caries).
- (7) Protector dental nocturno: protector dental nocturno para el bruxismo.

- **Servicios Mayores**

- (1) Coronas e incrustaciones inlay 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; colocación y extracción quirúrgicas de implantes; y para prótesis apoyadas por implantes, incluidos el arreglo y la recementación de los implantes.
- (3) Arreglos de dentadura postiza: arreglo de dentaduras postizas parciales o completas, incluidos los procedimientos de rebasado y recubrimiento.

- **Nota acerca de 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 por cada periodo de 12 meses mientras el Afiliado tenga cobertura bajo el contrato incluyen un (1) examen bucal adicional y una (1) limpieza de rutina adicional o una (1) limpieza de sarro periodontal y un alisado radicular adicional por cuadrante o un (1) procedimiento adicional de

mantenimiento periodontal. Al presentar la reclamación, la Afiliada o su Proveedor debe incluir una confirmación escrita del embarazo.

Limitaciones

- (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 corona donde un empaste restauraría el diente;
- b) incrustaciones inlay o restauraciones onlay en lugar de una restauración de amalgama;
- c) 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 una corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble); o
- d) una sobredentadura en lugar de una dentadura postiza.

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 será responsable de pagar la diferencia entre el costo más alto del Servicio Opcional y el costo más bajo del servicio habitual o del procedimiento estándar.

- (2) Limitaciones para exámenes y limpiezas:
- a) Delta Dental no pagará los exámenes bucales y las limpiezas (incluidas las limpiezas de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca, las limpiezas periodontales con presencia de encías inflamadas o cualquier combinación de estas) más de dos veces en un periodo de 12 meses.
 - b) 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 (3) años. Cuando se permite, el desbridamiento bucal completo se toma en cuenta para el límite de frecuencia de los mantenimientos en el año en el que se proporcione.
 - c) Tenga en cuenta que el mantenimiento periodontal y los códigos de procedimiento que incluyen el mantenimiento periodontal están cubiertos como Beneficios básicos, y las limpiezas de rutina (incluida la limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave de toda la boca) y el desbridamiento bucal completo están cubiertos como Beneficios de diagnóstico y prevención. Consulte la nota sobre los Beneficios adicionales durante el embarazo.
 - d) Se permite una evaluación de riesgo de caries una vez cada 36 meses.
- (3) 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 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 dos (2) veces por periodo de 12 meses cuando se proporcionan a Afiliados menores de 18 años y a una (1) vez por periodo de 12 meses para los Afiliados de 18 años o más. Las radiografías de mordida de cualquier tipo están denegadas en los 12 meses siguientes a la fecha en la que se haya hecho una serie de radiografías de toda la boca, a menos que lo exijan circunstancias especiales.
- (4) La aplicación tópica de soluciones con flúor se limita a dos veces por periodo de 12 meses.
- (5) Limitaciones sobre los separadores:
- a) Los separadores se limitan al aparato inicial y son un Beneficio para Afiliados hasta los 14 años de edad. Sin embargo, un separador de calzado distal fijo unilateral se limita a niños de ocho (8) años o menos. Se puede permitir un separador adicional o por separado después de la extracción de un calzado distal unilateral.
 - b) La recementación del separador se limita a una vez de por vida.
 - c) La extracción de un separador fijo se incluye en el cargo por el separador; sin embargo, se hace una excepción si la extracción la realiza un Proveedor diferente/un consultorio de Proveedores diferente.

- (6) Las pruebas de vitalidad de la pulpa están permitidas una vez al día cuando no se proporcione un tratamiento definitivo.
- (7) Las imágenes fotográficas y moldes bucales o faciales para diagnóstico se cubren una vez cada 36 meses junto con los servicios de ortodoncia solo cuando los servicios de ortodoncia sean un beneficio cubierto. Si los Servicios de Ortodoncia están cubiertos, consulte las Limitaciones, ya que es posible que se aplique un límite de edad. Sin embargo, las radiografías en 3D no son un beneficio cubierto.
- (8) Los selladores se limitan de la siguiente manera:
 - a) A primeras muelas permanentes si el Afiliado tiene ocho (8) años o menos y a segundas muelas permanentes si tiene 15 años o menos, si los dientes no tienen caries ni restauraciones en la superficie oclusal.
 - b) El arreglo o el reemplazo de un Sellador en cualquier diente dentro de los 24 meses posteriores a su aplicación se incluye en el cargo por la colocación original.
- (9) Las consultas con especialistas se limitan a dos veces por cada periodo de 12 meses, las pruebas de detección para pacientes y evaluaciones de pacientes se limitan a una vez de por vida por cada Proveedor y cuentan para la frecuencia de los exámenes bucales.
- (10) Delta Dental no cubrirá el reemplazo de restauraciones (empastes) de amalgama o empaste compuesto de resina ni de coronas prefabricadas en los 24 meses siguientes al tratamiento si el mismo proveedor/consultorio de proveedores proporciona el servicio. Las restauraciones de reemplazo hechas en los primeros 24 meses se incluyen en el cargo por la restauración original.
- (11) Las restauraciones protectoras (empastes sedantes) se permiten una vez por diente cada 90 días cuando el tratamiento definitivo no se proporcione en la misma fecha del servicio.
- (12) Se permiten coronas prefabricadas de cerámica/porcelana en los dientes primarios una vez en un periodo de 24 meses y se permiten coronas prefabricadas de acero inoxidable en dientes primarios hasta la edad de 16 años.
- (13) La pulpotomía terapéutica se limita a una vez por cada periodo de 60 meses para los dientes de bebé (de leche) únicamente, y se considera un tratamiento paliativo para los dientes permanentes.
- (14) La terapia pulpar (empaste reabsorbible) se limita a una vez por cada periodo de 60 meses. 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.
- (15) La formación del ápice es un beneficio que sólo se aplica a los dientes permanentes con desarrollo incompleto del conducto radicular o al arreglo de una perforación. Las consultas para la formación del ápice tienen un límite por diente de por vida de dos (2) consultas iniciales, dos (2) consultas intermedias y dos (2) consultas finales, hasta los 19 años de edad.
- (16) El tratamiento posterior de cirugía apical por el mismo Proveedor/consultorio de Proveedores en un plazo de 24 meses se considera parte del procedimiento original.
- (17) El tratamiento paliativo se limita a tres (3) consultas por cada periodo de seis (6) meses y el cargo incluye todo el tratamiento proporcionado, excepto las radiografías o procedimientos de Diagnóstico selectos 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 cada periodo de 24 meses para los Afiliados mayores de 15 años de edad. Consulte la nota sobre los Beneficios adicionales durante el embarazo. No se cubrirán más de dos (2) cuadrantes para la limpieza de sarro y el alisado radicular en la misma fecha de servicio.
 - b) La cirugía periodontal en el mismo cuadrante se limita a una vez en cada periodo de 24 meses e incluye cualquier nuevo ingreso quirúrgico o limpieza de sarro y alisado radicular que tenga lugar en un plazo de 24 meses y esté a cargo del mismo proveedor/consultorio de proveedores.
 - 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 a la regeneración de tejido blando y óseo sólo se cubren para el tratamiento de los dientes naturales y no se cubren cuando se presentan junto con extracciones, cirugía perirradicular, aumento de cresta o implantes. Las regeneraciones tisulares guiadas o los injertos óseos no constituyen un beneficio conjuntamente con injertos de tejido blando en la misma zona quirúrgica.
 - d) 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.

- e) 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 el alisado radicular si los proporciona el mismo consultorio de Proveedores.
 - f) Cuando los procedimientos de implante constituyen un beneficio cubierto, la limpieza de sarro y el desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un implante, incluida la limpieza de las superficies de implante sin la entrada y el cierre del colgajo, están cubiertos como servicios básicos y se limitan a uno por periodo de 24 meses.
- (19) Los servicios de Cirugía bucal se cubren una vez de por vida, excepto la extracción de quistes, la eliminación de lesiones y los procedimientos de incisión y drenaje, los cuales se cubren una vez en el mismo día.
- (20) El siguiente procedimiento de Cirugía bucal se limita a la edad de 19 años (o a la edad límite de ortodoncia): fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe.
- (21) Los siguientes procedimientos de Cirugía bucal se limitan a la edad de 19 años (o a la edad límite de ortodoncia), siempre que los Servicios de Ortodoncia estén cubiertos: acceso quirúrgico a un diente que no ha salido, colocación de un aparato que facilite la dentición de un diente traumatizado y reimplantación quirúrgica de los dientes.
- (22) Las Coronas, Incrustaciones Inlay y Restauraciones Onlay se limitan a los Afiliados mayores de 12 años y no se cubren más de una vez por cada periodo de 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que la Corona, Incrustación Inlay o Restauración Onlay existente no es satisfactoria ni se puede arreglar porque el diente afectado ha experimentado una pérdida importante o cambios en la estructura dental o los tejidos de apoyo.
- (23) La reconstrucción del muñón, incluidas las espigas, no se cubre más de una vez en cualquier periodo de 60 meses.
- (24) Los servicios de perno-muñón no se cubren más de una vez en cualquier periodo de 60 meses.
- (25) Los arreglos de corona no se cubren más de una vez por cada periodo de seis (6) meses. Las coronas, las incrustaciones inlay o restauraciones onlay, y los puentes fijos incluyen arreglos en los 24 meses posteriores a la colocación.
- (26) Los arreglos de dentaduras postizas no se cubren más de una vez en cualquier periodo de 24 meses, excepto para arreglos de dentaduras postizas fijas, que no se cubren más de una vez en cualquier periodo de seis (6) meses.
- (27) Los aparatos de prostodoncia, los implantes y/o las prótesis sostenidas por un implante que haya proporcionado cualquier programa de Delta Dental se reemplazarán solo después de que hayan transcurrido 60 meses, excepto cuando Delta Dental determine que existe una pérdida importante de los dientes restantes o un cambio en el tejido de apoyo que no puede arreglarse de manera satisfactoria con el puente fijo o la dentadura postiza existente. Los aparatos de prostodoncia fijos se limitan a los Afiliados mayores de 16 años. El reemplazo de un aparato de prostodoncia o de las prótesis sostenidas por un implante 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 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. El pago de Delta Dental por la extracción de implantes se limita a uno (1) por cada implante durante la vida del Afiliado, independientemente de si la realiza Delta Dental u otro plan de cuidado dental.
- (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, sólo la dentadura postiza parcial será un Beneficio.
- (29) La recementación de Coronas, Incrustaciones Inlay, Restauraciones Onlay o puentes se incluye en el cargo por la Corona, la Incrustación Inlay, la Restauración Onlay o el puente cuando sean proporcionados por el mismo Proveedor/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) 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 uno por arco dentario por periodo de seis (6) meses 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 dentadura postiza, recubrimiento o rebasado.
- d) La recementación de dentaduras postizas parciales fijas se limita a una vez en un periodo de seis (6) meses.

Exclusiones

Delta Dental no paga Beneficios por lo siguiente:

- (1) tratamiento de lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes sobre accidentes de trabajo 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, excepto según lo dispuesto en la Sección 1373(a) del Código de Salud y Seguridad de California.
- (2) cirugía cosmética o procedimientos por razones meramente cosméticas.
- (3) prótesis maxilofaciales.
- (4) restauraciones provisionales o temporales (excepto una dentadura postiza parcial extraíble provisional para reemplazar dientes anteriores permanentes extraídos durante el periodo de recuperación para niños de 16 años de edad o menos). 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 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 anomalías 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. Los ejemplos incluyen, entre otros, equilibrio, ferulización periodontal, ajustes oclusales completos 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. La anestesia local y la anestesia regional o por bloqueo de división del trigémino 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).
- (11) coronas procesadas en un laboratorio para los Afiliados menores de 12 años de edad.
- (12) puentes fijos y dentaduras postizas parciales extraíbles para los Afiliados menores de 16 años de edad.
- (13) implantes provisionales e implantes endoóseos de endodoncia.
- (14) Incrustaciones Inlay o Restauraciones Onlay a base de resina fabricadas indirectamente.
- (15) 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.

- (16) tratamiento realizado por alguien que no sea un Proveedor o una persona que por ley pueda trabajar bajo la supervisión directa de un Proveedor.
- (17) 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 o la orientación sobre el tabaco.
- (18) 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.
- (19) procedimientos que tengan un pronóstico dudoso con base en la revisión profesional que haga un asesor dental de la documentación presentada.
- (20) 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.
- (21) deducibles, cantidades que superen los límites máximos del plan o cualquier servicio que no esté cubierto bajo el plan dental.
- (22) servicios cubiertos por 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.
- (23) servicios para el tratamiento Ortodóntico (tratamiento por maloclusión de dientes o mandíbulas) con excepción de lo estipulado en la sección de Servicios Ortodónticos, si corresponde.
- (24) servicios para cualquier perturbación de las articulaciones temporomandibulares (mandíbula) (TMJ, por sus siglas en inglés) o los músculos, nervios y otros tejidos, excepto lo estipulado en la sección de Beneficios de la TMJ, si corresponde.
- (25) Citas perdidas y/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.