

P+R: Cobertura continua de ortodoncia con su plan DeltaCare USA

¡Bienvenido a su plan DeltaCare USA!

Si usted o algún familiar elegible ha empezado un tratamiento de ortodoncia bajo un plan anterior patrocinado por un empleador o una organización, tal vez pueda continuar con esa cobertura cuando se cambie a un plan DeltaCare USA.

¿Cómo funciona?

A través de una disposición para *tratamientos de ortodoncia* en curso, su plan DeltaCare USA le permite continuar el tratamiento que empezó bajo su plan dental anterior patrocinado por un empleador o una organización. Usted tiene la comodidad de visitar al mismo ortodontista y disfrutar de la misma cobertura y copagos al igual que con su plan anterior. Pagará la misma suma de dinero que hubiera pagado con su cobertura anterior, siempre y cuando continúe siendo elegible para recibir la cobertura de su plan DeltaCare USA.

¿Cómo reúno los requisitos?

Si ha empezado un tratamiento de ortodoncia con su plan dental anterior y si ya se han aplicado bandas, usted es elegible para recibir cobertura continua bajo su plan dental DeltaCare USA y puede seguir consultando al mismo ortodontista.

Si no se han aplicado bandas, no es elegible para recibir cobertura continua de ortodoncia. En ese caso, el tratamiento de ortodoncia debe ser brindado por un ortodontista de la red de DeltaCare USA de acuerdo con los copagos, las limitaciones y las exclusiones establecidas en su plan DeltaCare USA.

¿Qué pasa si estoy por empezar un tratamiento de ortodoncia?

Para empezar un tratamiento de ortodoncia debe seleccionar un ortodontista de la red de DeltaCare USA para poder recibir los beneficios de DeltaCare USA. Los copagos, las limitaciones y las exclusiones están determinados por su plan DeltaCare USA¹.

¿Cómo puedo inscribirme para recibir cobertura continua de ortodoncia?

Haga que su ortodontista complete y envíe el formulario que aparece a continuación junto con un formulario de reclamación dentro de los 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de su plan. Coordinaremos los beneficios según sea necesario con su ortodontista.

¹ Cuando se inscriba en un plan DeltaCare USA, recibirá un folleto de Evidencia/Certificado de Cobertura (EOC/COC, por sus siglas en inglés). Revise su EOC/COC para obtener detalles acerca de su plan. Conserve este volante y guárdelo con su EOC/COC.

DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: En AL por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en AZ por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en CA por Delta Dental of California; en AR, CO, IA, MA, ME, MI, MN, NC, ND, NE, NH, OK, OR, RI, SC, SD, VT, WA, WI y WY por Dentegra Insurance Company; en AK, CT, DC, DE, FL, GA, KS, LA, MS, MT, TN y WV por Delta Dental Insurance Company; en HI, ID, IL, IN, KY, MD, MO, NJ, OH y TX por Alpha Dental Programs, Inc.; en NV por Alpha Dental of Nevada, Inc.; en UT por Alpha Dental of Utah, Inc.; en NM por Alpha Dental of New Mexico, Inc.; en NY por Delta Dental of New York, Inc.; en PA por Delta Dental of Pennsylvania; en VA por Delta Dental of Virginia. Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos estos estados. Estas compañías tienen la responsabilidad financiera de sus propios productos.

Formulario de cobertura continua de ortodoncia (para ser completado por el ortodontista)

Si la cobertura de ortodoncia anterior del paciente se obtuvo mediante un plan dental patrocinado por el empleador y el paciente cumple con todas las condiciones que se mencionaron, proporcione la siguiente información:

Nombre del afiliado principal: _____

Número de identificación del afiliado principal: _____

Nombre del empleador/organización: _____

Nombre del paciente: _____

Compañía de seguro del plan dental anterior: _____

Obligación financiera total del plan anterior: _____

Fecha de finalización del plan dental anterior: _____

Fecha de aplicación de bandas del paciente: _____

Nombre del ortodontista: _____

Dirección del ortodontista: _____

Núm. de teléfono del ortodontista: _____

Además, incluya la siguiente información y documentos requeridos

- Formulario de reclamación completo, incluida la fecha de aplicación de bandas.
- Explicación de Beneficios en el que se muestra cuánto ha pagado el plan anterior a la fecha y la cantidad restante.

Envíe por correo a: DeltaCare USA
Claims Department
P.O. Box 1810
Alpharetta, GA 30023