

DeltaCare® USA Essential (15B)

Plan de Cuidado de la Salud Dental para Miembros y Dependientes AARP®

Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación combinados

Respaldado por:

Alpha Dental of Arizona, Inc.
17871 Park Plaza Drive, Suite 200
Cerritos, CA 90703

Administrado por:

Delta Dental Insurance Company
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023
877-522-9156
es.deltadentalins.com



Dental Insurance Plan
administered by



Delta Dental Insurance Company

Estimado socio de AARP:

Gracias por inscribirse en el plan DeltaCare USA Essential (15B) para Miembros de AARP (el “Plan”), respaldado por **Alpha Dental of Arizona, Inc.** (la “Compañía”) y administrado por Delta Dental Insurance Company (“Delta Dental” o el “Administrador”).

Esta *Evidencia de Cobertura y el Formulario de Divulgación combinados* (“EOC”) están diseñados para que sirvan a modo de documento de fácil lectura e incluyen lo siguiente:

- información de contacto del plan para responder toda pregunta que pueda tener;
- Visita al Dentista contratado asignado, que incluye los temas para hablar con el Dentista sobre sus necesidades dentales;
- una lista completa de los procedimientos cubiertos, los Copagos, y las Limitaciones y exclusiones del plan; y
- las definiciones de los términos de beneficios dentales.

Esperamos poder brindarle servicios durante muchos años en el futuro. Si tiene preguntas sobre Su cobertura, llame a Delta Dental.

Saludos cordiales,



Lic. Michael G. Hankinson
Presidente
Delta Dental Insurance Company

ÍNDICE

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN.....	1
USO DE ESTA EOC.....	2
DEFINICIONES.....	3
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	6
CÓMO UTILIZAR EL PLAN DELTACARE USA/ELECCIÓN DE UN DENTISTA CONTRATADO.....	9
RESPONSABILIDADES DEL PAGO DE LA PRIMA.....	14
ATENCIÓN AL CLIENTE.....	15
QUEJAS Y APELACIONES.....	16
RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS.....	18
DISPOSICIONES GENERALES.....	20

Anexos

LISTA A, DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS Y COPAGOS

LISTA B, LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS

PAQUETE DE INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE
APELACIONES DE LA ASEGURADORA DE CUIDADO DE LA
SALUD

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Si tiene preguntas o necesita ponerse en contacto con Delta Dental, utilice la siguiente información de contacto:

Atención al Cliente de Delta Dental	AARP Dental Insurance Plan c/o Delta Dental Insurance Company P.O. Box 1803 Alpharetta, GA 30023
Los representantes pueden ayudarle con lo siguiente: consultas sobre cuentas, Beneficios del plan, cómo encontrar un Dentista contratado, asistencia lingüística, cómo presentar una queja e información general del plan. Cree una Cuenta segura en línea e inicie sesión para administrar Su cuenta, buscar un Dentista, descargar formularios y más, incluidos avisos de Delta Dental e información de privacidad y seguridad.	877-522-9156 (número gratuito) 800-735-2929 (TTY) Correo electrónico: aarpdental@delta.org Horario: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m. ET Sitio web: es.deltadentalins.com/
Delta Dental Dirección para el pago de Primas	AARP Dental Insurance Plan c/o Delta Dental Insurance Company P.O. Box 514787 Los Angeles, CA 90051-4787
Delta Dental Presentación de reclamaciones (Referidos de emergencia o fuera de la red)	Claims Department P.O. Box 1810 Alpharetta, GA 30023
Delta Dental Quejas y apelaciones	Reclamaciones y apelaciones P.O. Box 1860 Alpharetta, GA 30023

Servicios al socio de AARP	888-687-2277 (número gratuito) 877-434-7598 (TTY) 800-735-2922 (TDD) Sitio web: https://help.aarp.org/s/article/contact-aarp
-----------------------------------	---

USO DE ESTA EOC

Esta EOC incluye los términos y las condiciones de Su cobertura y está diseñada para ayudarle a aprovechar al máximo este Plan. Lo ayudará a comprender cómo funciona este Plan y cómo obtener cuidado dental.

Lea esta EOC atentamente y en su totalidad, incluida la sección “Definiciones” para conocer los términos que tienen significados especiales o técnicos. Recuerde que las palabras “Usted”, “Su” o “Usted mismo” hacen referencia a las personas que tienen cobertura. “Nosotros” y “Nuestro” siempre hacen referencia a la Compañía o a Delta Dental.

Nota: Las explicaciones de Beneficios incluidas en esta EOC están sujetas a todas las disposiciones del Contrato en archivo con el Titular del Contrato y no modifican los términos y condiciones del Contrato de ningún modo. En caso de haber un conflicto entre las disposiciones de esta EOC y el Contrato, este último prevalece.

Tarjeta de identificación (“ID”)

Las tarjetas de identificación tienen solamente el número de identificación del Afiliado principal (generalmente el número de Miembro de AARP) y el nombre, y *no* se expiden con el nombre de cada Afiliado.

No es obligatorio llevar las tarjetas de identificación para consultar al Dentista contratado; sin embargo, puede acceder a una tarjeta de identificación de reemplazo en línea para imprimirla o usarla.

Cuando reciba servicios dentales, proporcione lo siguiente al Dentista contratado:

- el n.º de Miembro de AARP del Afiliado principal; o
- el n.º de identificación del Afiliado principal.

El número de identificación del Afiliado principal o el número de Miembro de AARP debe incluirse en todas las reclamaciones de reembolso presentadas a Delta Dental.

DEFINICIONES

A continuación encontrará definiciones de términos que tienen significados técnicos o especiales en el marco de este Plan.

Administrador: Delta Dental Insurance Company (“Delta Dental”), una entidad externa designada para realizar funciones administrativas descritas en esta EOC, incluidas, entre otras, el cobro de Primas y la elegibilidad. También se la denomina “Administrador externo” (TPA, por sus siglas en inglés).

Afiliado principal: el Miembro de AARP que solicita la inscripción en este Plan. Al menos un familiar inscrito debe ser un Socio de AARP activo que será designado como el Afiliado principal.

Afiliado: un Miembro elegible (“Afiliado principal”) o un Dependiente elegible (“Afiliado dependiente”) inscrito para recibir Beneficios en virtud de este Plan.

Año calendario: el periodo que empieza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

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.

Autorización: el proceso mediante el cual determinamos si un procedimiento o tratamiento es un Beneficio atribuible en virtud del plan del Afiliado.

Beneficios: los servicios dentales proporcionados a los Afiliados en virtud de los términos del Contrato, según se especifica en la *Lista A* adjunta a esta EOC.

Código de procedimiento: the Current Dental Terminology® (“CDT”) asignado a un Procedimiento único por American Dental Association®.

Contrato: el acuerdo entre la Compañía y el Titular del Contrato, que incluye la solicitud del Contrato, esta EOC y las Listas adjuntas, Información del Grupo y cualquier anexo, endoso o cláusula adicional. El Contrato constituye el acuerdo absoluto entre las partes.

Cónyuge: la pareja del Afiliado principal 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; o
- según se defina y según sea necesario tratar como cónyuge conforme a las leyes del estado donde viva el Afiliado Principal.

Copago: el monto que Usted debe pagar a un Dentista contratado para los Beneficios proporcionados en virtud de este Plan, según se mencionan en la *Lista A*. Los Copagos deben pagarse en el momento en que se recibe el servicio.

Dentista contratado: un Dentista de DeltaCare USA que presta servicios de odontología general y que aceptó brindar Beneficios a los Afiliados que tienen cobertura en virtud de este Plan. Las derivaciones para Servicios especializados deben obtenerse de su Dentista Contratado.

Dentista: un dentista con la licencia correspondiente que está autorizado legalmente para ejercer la odontología en el momento y en el estado o la jurisdicción donde se presten los servicios. Un dentista también puede incluir un higienista dental, una clínica dental, una sociedad dental o una corporación profesional dental. También denominado “proveedor”.

Dependiente elegible: cualquier persona dependiente de un Miembro elegible que reúne los requisitos para inscribirse en los Beneficios y cumple con las condiciones de elegibilidad según se describe en la disposición “Requisitos de elegibilidad” de esta EOC.

Especialista contratado: un Dentista de DeltaCare USA que presta Servicios especializados y que aceptó brindar Beneficios a los Afiliados que tienen cobertura en virtud de este Plan. Delta Dental debe autorizar los servicios especializados. Los servicios obtenidos de un Especialista contratado deben ser referidos por el Dentista contratado

Exclusiones: servicios que no están cubiertos por este Plan.

Fecha de Entrada en Vigencia: el primer día del mes después de que recibamos la Prima a término y el formulario de inscripción completado y firmado.

Fuera de la red: un Dentista que no ha firmado un contrato con Delta Dental para brindar Beneficios a los Afiliados que tienen cobertura en virtud de este Plan.

Limitaciones: la cantidad de servicios permitidos, la frecuencia de los servicios permitidos y el servicio adecuado desde el punto de vista dental más asequible.

Miembro elegible: cualquier Miembro activo de AARP a quien le han asignado un número de Miembro de AARP y que cumple con las condiciones de elegibilidad según se describe en la disposición “Requisitos de elegibilidad” de esta EOC.

Opcional: todo procedimiento alternativo presentado por un Dentista contratado que satisface la misma necesidad dental que un procedimiento cubierto, es elegido por el Afiliado, y está sujeto a las Limitaciones y exclusiones descritas en las Listas adjuntas a esta EOC.

Ortodoncista Contratado: un Dentista de DeltaCare USA que se especializa en ortodoncia y que aceptó brindar Beneficios a los Afiliados que tienen cobertura en virtud de este Plan. Los servicios obtenidos de un Ortodoncista Contratado deben ser referidos por Su Dentista Contratado.

Prima: la cantidad que Usted paga a Delta Dental según se establece en el formulario de inscripción o el aviso de renovación para recibir cobertura en virtud de este Plan. El pago se puede enviar de forma mensual (recurrente) o anual. Si elige pagar de forma mensual, no recibirá una factura por correo.

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

Servicios dentales de emergencia: servicios dentales que se necesiten de manera inmediata para aliviar dolor, hinchazón o sangrado graves, anestesia local, eliminación de infección aguda, o que se necesiten de inmediato para evitar que la salud del Afiliado corra un grave peligro. La atención dental de emergencia se limita al tratamiento paliativo para eliminar el dolor de dientes.

Servicios especializados: servicios prestados por un Dentista de DeltaCare USA, como cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, que Delta Dental debe autorizar previamente por escrito.

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).

Titular del contrato: Fideicomiso de Seguro Dental de AARP.

Transferencia electrónica de fondos (EFT, por sus siglas en inglés): El método de pago mensual recurrente. Para configurar la EFT, todo lo que necesita es enviar un cheque anulado con el próximo pago. La EFT se procesará alrededor del día 25 del mes (o el día laborable siguiente si el 25 cae un feriado o fin de semana). Si selecciona el método de pago mensual, no recibirá una factura por correo.

Tratamiento en curso: todo Procedimiento único, según se define EOC-dc-AZ-AARP-24

en el Código del CDT, que se haya iniciado mientras el Afiliado era elegible para recibir Beneficios y para el cual se requieran varias citas para completar los Procedimientos únicos, independientemente de si el Afiliado sigue siendo elegible para recibir Beneficios en virtud de este Plan. Entre los ejemplos se incluyen: 1) dientes que fueron preparados para la colocación de coronas, 2) conductos radiculares en los que se estableció un tiempo de trabajo, 3) dentaduras postizas parciales o completas para las que se tomó una impresión y 4) ortodoncia cuando ya se fijaron las bandas y se inició el movimiento de los dientes.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

Requisitos de elegibilidad

Para ser elegible para inscribirse en este Plan, al menos un (1) familiar inscrito debe ser Miembro activo de AARP, al cual se lo designará como Afiliado principal. Los Afiliados principales que opten por afiliar a los miembros de su familia que sean elegibles deben afiliarlos: 1) en el momento en el que se inscriba el Afiliado principal; 2) dentro de los 90 días a partir de la inscripción inicial del Afiliado principal; o 3) dentro de los 31 días a partir de la fecha en la que se presente un cambio de estado que califica.

Entre los Dependientes elegibles se incluyen los siguientes:

- el Cónyuge del Afiliado principal.
- Los hijos dependientes desde momento del nacimiento hasta el final del mes en el que cumplan 26 años. Los hijos recién nacidos dependientes de cualquier Afiliado están cubiertos automáticamente 31 días desde el momento del nacimiento o desde la fecha de obtención de la adopción en el hogar del Afiliado para un hijo adoptado o un menor cuya custodia fue otorgada por los tribunales o por designación testamentaria.
- Los hijos dependientes que se definen como: hijos biológicos, hijastros, nietos, hijos de crianza e hijos adoptados siempre que sean dependientes del Afiliado principal o del Cónyuge para sostenimiento y manutención.
 - Los hijos adoptados son elegibles desde la fecha de obtención de la adopción o de la sentencia de adopción final, lo que ocurra primero. La cobertura para hijos adoptados y niños en proceso de adopción es automática durante 31 días. Los hijos de crianza son elegibles al momento de la ubicación en el hogar sustituto o al otorgarse la custodia. Se debe presentar a Delta Dental un

comprobante del nacimiento o de la ubicación en un hogar sustituto cuando lo solicite.

- o La cobertura para niños recién nacidos, hijos adoptados o niños en proceso de adopción incluye cobertura para lesiones o enfermedades, lo cual incluye la atención y el tratamiento necesarios de defectos y anomalías congénitos que se hayan diagnosticado por métodos médicos. Es necesario pagar la Prima para proporcionar cobertura al hijo dependiente.

Debemos recibir una notificación del nacimiento, la adopción o el proceso de adopción del hijo dependiente y el pago de la Prima requerida en un plazo de 31 días a partir de la fecha de nacimiento, adopción u obtención de la adopción para que la cobertura continúe después del periodo de 31 días.

- Cualquier niño que se reconozca conforme a una orden médica calificada para el apoyo a la niñez. Se debe entregar a Delta Dental la documentación de elegibilidad cuando se solicite.

Los hijos dependientes mayores de edad son elegibles en las siguientes situaciones:

- no pueden tener un empleo para mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad intelectual o física que comenzó antes de que alcanzaran la edad límite; y
- cuando depende principalmente del afiliado principal o del cónyuge para recibir sostenimiento y manutención.

La prueba de discapacidad se otorga dentro del plazo de 31 días desde que el hijo dependiente alcanza a la edad límite y luego anualmente durante dos (2) años de allí en más.

La elegibilidad del hijo dependiente continuará mientras que este dependa del Afiliado principal o del Cónyuge para recibir sostenimiento y manutención.

El cambio de estado que califica es un cambio en lo siguiente:

- el estado civil (matrimonio, divorcio, separación legal, anulación o fallecimiento); o
- la cantidad de dependientes (nacimiento de un hijo, adopción de un hijo, obtención de la adopción de un hijo, adición de un hijastro o hijo de crianza, o fallecimiento de un hijo); o
- la pérdida de cobertura conforme a un plan anterior de beneficios dentales, por razones distintas a la superación del

límite máximo de por vida o anual de Beneficios, siempre y cuando la cobertura haya existido durante 90 días ininterrumpidos sin pausa en la cobertura de más de 63 días; o

- un hijo dependiente deja de cumplir los requisitos de elegibilidad (edad límite o estado civil); o
- una orden judicial que exija la cobertura de un hijo dependiente.

Debe pagar la Prima para comenzar la elegibilidad de cobertura y los Beneficios, y mantenerla.

Nota: En caso de un cambio de estado que califica debido al fallecimiento de un Cónyuge, notifique a Delta Dental dentro de los 90 días. Es posible que solicitemos una copia del certificado de defunción. La terminación de la cobertura del Cónyuge ocurrirá el primer día del mes siguiente después de que hayamos recibido Su notificación. Si transcurrieron más de 90 días desde el fallecimiento, otorgaremos un reembolso solamente por un máximo de tres (3) meses de las Primas del Cónyuge si no se pagaron reclamaciones durante ese tiempo.

Proceso posterior a la inscripción

- Lea toda la información incluida en esta EOC, en particular la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos* (“Lista A”) y la *Lista B, Limitaciones y Exclusiones de Beneficios* (“Lista B”), ambas adjuntas a esta EOC. Esto puede ayudarle a familiarizarse con los procedimientos cubiertos por este Plan y sus Copagos asociados.
- Cuando se inscribió en el Plan, tuvo que elegir un centro de Dentistas contratados del directorio de la red de DeltaCare USA que fuera más conveniente para usted. Si desea cambiar de Dentista, debe comunicarse con Atención al Cliente o iniciar sesión en Su cuenta para cambiar de Dentista asignado antes de acudir al consultorio del Dentista para recibir servicios. Se debe realizar el cambio antes del día 21 del mes para que entre en vigencia el primer día del mes siguiente. Puede obtener una lista de Dentistas contratados en myaarpdentalplan.com o llamar a Atención al Cliente al 877-522-9156.
- Si no elige un Dentista contratado, o bien el Dentista contratado que eligió ya no está disponible, deberá seleccionar otro Dentista contratado o le asignaremos uno.

Fecha de entrada en vigencia

Para que la cobertura comience el primer día del mes siguiente, EOC-dc-AZ-AARP-24

debemos recibir el pago de Su Prima y el formulario de inscripción completado antes del día 21 del mes. Si recibimos estos materiales después del día 21 del mes, la cobertura recién comenzará dos meses después (p. ej., las inscripciones recibidas el 22 de enero tendrán una Fecha de Entrada en Vigencia del 1 de marzo).

Poco tiempo después de la inscripción en este Plan, recibirá un paquete de membresía de DeltaCare USA que incluirá la fecha en que es elegible para recibir cobertura en virtud de este Plan. Su paquete también incluye información de contacto del Dentista contratado asignado.

Para hacer una cita, simplemente llame al centro del Dentista contratado e identifíquese como Afiliado de DeltaCare USA. Las citas iniciales deben programarse en un plazo de cuatro semanas, a menos que se haya solicitado un horario específico. Si tiene preguntas sobre la disponibilidad o accesibilidad de Nuestros Dentistas contratados, llame a Nuestro Servicio de Atención al Cliente al 877-522-9156.

Periodo mínimo de inscripción

Los Socios de AARP y sus familiares elegibles que hayan seleccionado cobertura dental con este Plan deben inscribirse durante un plazo mínimo de 12 meses continuos. Si la cobertura se interrumpe voluntariamente, es posible que los afiliados de AARP no puedan volver a inscribirse durante el periodo de 12 meses inmediatamente posterior a la terminación voluntaria.

CÓMO UTILIZAR EL PLAN DELTACARE USA/ELECCIÓN DE UN DENTISTA CONTRATADO

Esta sección le brinda información que lo ayudará a entender mejor el funcionamiento de este Plan y cómo sacarle el máximo provecho. Recuerde que DEBE visitar al Dentista contratado asignado para recibir todos los servicios dentales. Lea esta sección atentamente, ya que allí se explica cómo cambiar de Dentista, los referidos a especialistas y los servicios de emergencia.

¿Qué es el plan DeltaCare USA?

Este Plan proporciona Beneficios a través de una conveniente red de Dentistas Contratados en el estado de Arizona, los cuales se han seleccionado para garantizar que se mantengan Nuestros estándares de calidad, acceso y seguridad. La red de DeltaCare USA está formada por profesionales del cuidado dental de buena

reputación. Cuando visite al Dentista contratado, solo debe pagar el Copago correspondiente por los Beneficios.

No existen deducibles, límites máximos de por vida ni formularios de reclamación. El Dentista contratado debe ser el que le brinde los servicios dentales o lo refiera a Servicios especializados. El Dentista puede referirse al plan como DeltaCare US, HMO dental o 15B.

Elección de un Dentista contratado

Después de la inscripción, si desea cambiar de Dentista: para cambiar de Dentista contratado, comuníquese con Atención al Cliente al 877-522-9156 o ingrese en su cuenta en línea. Para garantizar que se notifique al Dentista contratado y que Nuestras listas de elegibilidad estén actualizadas, el cambio debe solicitarse antes del día 21 del mes para que entre en vigencia el primer día del mes siguiente.

Le entregaremos un aviso por escrito acerca de la asignación a otro centro de Dentistas contratados cerca de su domicilio si sucede lo siguiente: 1) un centro solicitado no recibe más inscripciones; 2) el centro del Dentista contratado elegido se retira de este Plan; o 3) el centro del Dentista contratado asignado solicita, por una buena causa, que se le reasigne a usted a otro centro.

Todo Tratamiento en curso deberá completarse antes de que usted cambie de centro de Dentistas Contratados. Por ejemplo, esto incluiría 1) dentaduras postizas completas o parciales para las que se haya tomado una impresión o 2) todo el trabajo planeado en cada diente en el que se haya comenzado a trabajar (como por ejemplo, la finalización de un conducto radicular en progreso y la colocación de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Si el centro de su Dentista Contratado asignado deja de participar en este Plan, dicho centro de Dentistas Contratados completará todo el Tratamiento en curso, según se describió anteriormente. Si por alguna razón, el Dentista contratado no puede completar el tratamiento, implementaremos las disposiciones razonables y apropiadas para que otro Dentista contratado finalice dicho tratamiento.

Cambio de Dentista contratado

Puede solicitar cambiar el Dentista contratado asignado en cualquier momento; para ello, comuníquese con Atención al Cliente o ingrese en su cuenta en línea. Se debe solicitar el cambio de Dentista contratado antes del día 21 del mes para que entre en

vigencia el primer día del mes siguiente.

Todo Tratamiento dental en curso deberá completarse antes de que cambie a otro Dentista contratado. Algunos ejemplos incluyen: 1) dentaduras postizas parciales o completas cuando se haya tomado una impresión final; o si el centro del Dentista contratado asignado deja de participar en este Plan. El centro del Dentista contratado completará todo el Tratamiento en curso según se describe anteriormente. Si por alguna razón, el Dentista contratado no puede completar el tratamiento, implementaremos las disposiciones razonables y apropiadas para que otro Dentista contratado finalice dicho tratamiento.

Beneficios, limitaciones y exclusiones

El Plan proporciona los Beneficios descritos en las Listas adjuntas a esta EOC. Los servicios se prestan según los considere apropiados el Dentista contratado asignado. El Dentista contratado asignado puede prestar servicios ya sea personalmente o a través de técnicos, higienistas o Dentistas asociados que puedan proporcionar estos servicios legalmente.

Copagos y otros cargos

Usted debe pagar todos los Copagos mencionados en la Lista A, los cuales se pagan directamente al Dentista de DeltaCare USA que le proporciona el tratamiento. Los cargos por citas perdidas o canceladas (a menos que el Dentista de DeltaCare USA reciba el aviso con un mínimo de 24 horas de anticipación) y los cargos por visitas realizadas después del horario normal de atención se enumeran también en la Lista A.

Si no podemos pagarle a un Dentista de DeltaCare USA, Usted no deberá hacerse cargo de pagarle a dicho Dentista ninguna cantidad que Delta Dental adeude. Si no ha recibido autorización para un tratamiento por parte de un Dentista que no es de la red y Nosotros no le pagamos, usted puede ser responsable ante dicho Dentista por el costo de los servicios que reciba. Si desea obtener una explicación más detallada, consulte las disposiciones “Servicios dentales de emergencia” y “Servicios especializados”.

En este Plan no están incluidos todos los servicios o procedimientos dentales. Si el Código del Procedimiento no aparece en la *Lista A*, no está cubierto. Usted deberá pagar al Dentista el cargo completo por cualquier servicio no incluido en este Plan.

Políticas de procesamiento

En las guías de cuidado dental de este Plan, se explica a los Dentistas de DeltaCare USA qué servicios están cubiertos en virtud del Contrato. Los Dentistas Contratados utilizarán su criterio profesional para determinar qué servicios son adecuados para Usted. Los servicios proporcionados por el Dentista Contratado que se encuentren dentro del alcance de los Beneficios de este Plan se brindarán sujetos a cualquier Copago. Si un Dentista contratado cree que usted debe recibir tratamiento de un especialista, el Dentista contratado se pondrá en contacto con Delta Dental para determinar si el tratamiento propuesto es un Beneficio cubierto. Asimismo, determinaremos si un Especialista contratado debe proporcionar el tratamiento propuesto. Puede ponerse en contacto con Atención al Cliente llamando al 877-522-9156 para obtener información acerca de las guías de cuidado dental de este Plan.

Servicios Dentales de Emergencia

Si tiene una emergencia dental, primero debe ponerse en contacto con el Dentista contratado, siempre que sea posible. El Dentista contratado asignado mantiene un sistema de servicios de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si no puede comunicarse con el Dentista contratado para que le brinde Servicios dentales de emergencia, debe llamar a Atención al Cliente al 877-522-9156 para que le ayuden a obtener atención de urgencia. Puede solicitar tratamiento de un Dentista distinto al Dentista contratado asignado sin un referido:

- fuera del horario regular; o
- si necesita Servicios dentales de emergencia y está a 35 millas o más del Dentista contratado.

Los Beneficios para recibir Servicios dentales de emergencia que no brinda el Dentista contratado asignado están limitados a un máximo de \$100 por emergencia, por Afiliado, menos los Copagos aplicables. Si se supera este límite máximo, usted será responsable de pagar cualquier cargo por los servicios de un Dentista que no sea el Dentista contratado asignado.

La atención dental de emergencia se limita al tratamiento paliativo para eliminar el dolor de dientes. Debe volver al Dentista contratado asignado para cualquier atención de seguimiento necesaria.

Servicios especializados

Los Servicios Especializados para cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica deben ser: 1) referidos por el

Dentista contratado asignado, y 2) autorizados por Delta Dental. Usted paga los Copagos especificados. Consulte la *Lista A* adjunta a esta EOC.

Si requiere Servicios especializados y no hay un Especialista contratado para que le proporcione estos servicios dentro de un radio de 35 millas de su hogar, el Dentista contratado asignado debe obtener Autorización previa de Delta Dental para referirlo a un especialista que no sea de la red con el fin de que le brinde estos servicios. No se cubrirán en este Plan los Servicios especializados que proporcione un especialista que no es de la red y que Delta Dental no haya autorizado.

Si se requieren los servicios de un Ortodoncista contratado, consulte la sección Ortodoncia en las Listas adjuntas a esta EOC.

Reclamaciones de reembolso por Servicios especializados y Servicios de emergencia

Recuerde que, cuando visite al Dentista contratado asignado, no se procesarán reclamaciones de reembolso. Usted deberá pagarle a él los Copagos asociados.

Para obtener más información, consulte la sección Servicios dentales de emergencia y Servicios especializados.

Las reclamaciones por Servicios dentales de emergencia cubiertos y Servicios especializados autorizados deben presentarse a Delta Dental en un plazo de 90 días a partir de la fecha en la que finalice el tratamiento. Se revisarán las reclamaciones válidas que se reciban después del periodo de 90 días si Usted puede demostrar que no fue razonablemente posible presentar la reclamación en ese plazo. Para obtener más información, consulte la sección Servicios dentales de emergencia y Servicios especializados.

Excepto en ausencia de capacidad legal del Afiliado, todas las reclamaciones deben recibirse en el plazo de un año a partir de la fecha del tratamiento. La dirección para el envío de reclamaciones puede encontrarse en la página “Información de contacto del Plan” al comienzo de esta EOC.

Siempre pagaremos los Beneficios de este Plan como principales y no reduciremos los Beneficios.

Coordinación de Beneficios

Este Plan siempre pagará como principal para los procedimientos cubiertos que se enumeran en la *Lista A* adjunta a esta EOC sin tener en cuenta otra cobertura que Usted pueda tener y no reduciremos los Beneficios.

Accesibilidad a los Centros

Muchos centros dentales ofrecen a Delta Dental 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, póngase en contacto con Atención al Cliente llamando al 877-522-9156.

RESPONSABILIDADES DEL PAGO DE LA PRIMA

Usted es responsable de realizar los pagos de la Prima a tiempo, pagar los Copagos y garantizar que el Dentista contratado asignado esté notificado de otra cobertura dental que usted tenga.

Primas

Las Primas de este Plan se basan en los costos dentales vigentes en la región en la que vive (según su código postal) y en la opción de inscripción seleccionada:

- individuo solamente;
- individuo más un dependiente elegible; o
- familiar (tres o más personas).

Garantía de la tarifa

La tarifa inicial de la Prima está garantizada durante el primer año de inscripción y se basa en las nuevas tarifas para Afiliados que estén vigentes al momento de la inscripción. Después del primer año, la tarifa de la Prima podrá ajustarse anualmente al momento de la renovación. Si se muda o cambia la opción de inscripción, la tarifa de la Prima también puede cambiar.

La garantía de la tarifa de la Prima puede cambiar a mitad de año debido a un cambio de estado que califica, si se muda o debido a un cambio de elección actual o futuro permitido por el gobierno estatal o federal.

Pago de las primas

Durante la inscripción inicial, Usted seleccionó un método y una opción de pago: mensual (pagos recurrentes) o anual. Los montos de la Prima varían dependiendo de la opción de pago que seleccionó en el formulario de inscripción.

Puede ingresar a Su cuenta en myaarpdentalplan.com y actualizar el método de pago. Los pagos mensuales en curso se deducirán entre los días 25 y 29 de cada mes para la Prima del mes siguiente.

Cada pago de prima debe realizarse en la fecha de vencimiento o antes de esa fecha. Puede pagar en línea, por correo o por teléfono (consulte la página “Información de contacto del Plan”). La fecha de vencimiento es el día siguiente al último día del periodo para el que se pagó la prima anterior.

Nota: Si selecciona la opción de pago mensual, **no** recibirá una factura por correo. Puede ver la factura después de iniciar sesión en Su cuenta en línea.

Periodo de gracia para pagos atrasados

Su pago vence el día 20 del mes previo al mes de cobertura. Por ejemplo, la fecha de vencimiento de la Prima en marzo será el 20 de febrero. Si no recibimos Su pago antes del primer día del mes de cobertura, Su cuenta se considerará atrasada y no se procesarán las reclamaciones: 1) por las fechas de servicio en que las Primas estén vencidas; y 2) hasta que Su cuenta esté al día.

Cómo cambiar las opciones de pago

Para cambiar el método de pago de la Prima en cualquier momento, comuníquese con Atención al Cliente al 877-522-9156 o acceda a su cuenta en línea en myaarpdentalplan.com.

La fecha de entrada en vigencia de cualquier cambio es la fecha del próximo pago programado de la Prima según el nuevo periodo de facturación. En esa fecha comenzará el nuevo ciclo de pago, ya sea que se haya cambiado a una EFT mensual o anual.

ATENCIÓN AL CLIENTE

Llame a Atención al Cliente o visite Delta Dental en línea para hacer preguntas sobre los Beneficios, buscar un Dentista contratado, efectuar un pago, solicitar asistencia lingüística, presentar una reclamación y más. La información de contacto del Plan se encuentra al comienzo de esta EOC.

Servicios de asistencia lingüística

Ofrecemos servicios de interpretación 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 un Afiliado está acompañado por un familiar o amigo que puede proporcionar servicios de interpretación del idioma.

Si necesita servicios de interpretación de idiomas, materiales traducidos a su idioma de preferencia o en un formato alternativo, llame a Atención al Cliente al 877-522-9156 o 711 (TTY). También puede visitar el directorio de proveedores en Nuestro sitio web, que incluye los idiomas autoinformados por los Dentistas de DeltaCare USA.

QUEJAS Y APELACIONES

Le notificaremos al Afiliado si se rechaza, parcial o totalmente, una reclamación o un servicio dental y le indicaremos las razones específicas de tal rechazo. Si tiene una queja sobre la elegibilidad, el rechazo de reclamaciones o servicios dentales, Nuestras políticas, procedimientos u operaciones, o sobre la calidad de los servicios dentales proporcionados por un Dentista de DeltaCare USA, puede comunicarse con Atención al Cliente por teléfono al 877-522-9156 o enviar un correo con la queja a:

AARP Dental Insurance Plan c/o
Delta Dental Insurance Company
Reclamaciones y apelaciones
P.O. Box 1860
Alpharetta, GA 30023

La comunicación por escrito debe incluir lo siguiente: 1) el nombre del paciente; 2) el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación del Afiliado principal; y 3) el nombre y el número del centro del Dentista contratado que le proporciona el tratamiento.

Un Paquete de información sobre el proceso de apelaciones de la aseguradora de cuidado de la salud, que describe el proceso de apelación que Usted puede realizar, se incluye por separado con la EOC en la inscripción inicial y, posteriormente, si nos lo solicita. Consulte el Paquete de información sobre el proceso de apelaciones de la aseguradora de cuidado de la salud para obtener información sobre los plazos y los procedimientos.

“Queja” significa una expresión verbal o escrita de insatisfacción relacionada con el Plan o proveedor, incluidas las inquietudes EOC-dc-AZ-AARP-24

sobre la calidad de la atención, e incluye una queja, reclamación, solicitud de reconsideración o apelación presentada por el Afiliado o por el representante del Afiliado. 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 “querellante” y se refiere a la persona que presentó la queja, incluidos el Afiliado, un representante designado por el Afiliado u otra persona con autoridad para actuar en nombre del Afiliado.

Nuestro sistema de quejas garantiza que todos los Afiliados del plan tengan acceso y puedan participar por completo en Nuestro proceso de quejas 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, y 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 sobre nuestro proceso de reclamación, póngase en contacto con nuestro Servicio de Atención al Cliente llamando al 877-522-9156 o visite nuestro sitio web en myaarpdentalplan.com para completar y enviar un formulario de queja.

Quejas que involucran una Determinación de beneficios adversa

Para las quejas que involucren una determinación de beneficios adversa (p. ej., una denegación, modificación o terminación de un beneficio o una reclamación que se haya solicitado), Usted, Su representante autorizado o el Dentista contratado que actúe en Su nombre debe presentar una solicitud de revisión (una queja) ante Delta Dental en un plazo de 180 días después de recibir la determinación adversa. En nuestra revisión, se tomará en cuenta toda la información, sin importar si dicha información se presentó o consideró inicialmente. La revisión estará a cargo de una persona que no sea quien haya realizado la determinación de beneficios original ni el subalterno de dicha persona.

A solicitud y sin cargo, le proporcionaremos copias de todo documento pertinente que sea relevante para la determinación de beneficios, una copia de cualquier regla, guía o protocolo internos, o la explicación del juicio clínico o científico, en caso de que hubiera influido en la determinación de beneficios. Si la revisión de EOC-dc-AZ-AARP-24

la denegación de una reclamación se basa parcial o totalmente en una falta de necesidad médica, un tratamiento experimental o un juicio clínico al aplicar los términos del Contrato,

consultaremos a un Dentista con suficientes conocimientos y experiencia. Si algún Dentista que consulta participa en la revisión, la identidad de dicho Dentista estará disponible si lo solicita.

El coordinador de control de calidad le enviará un aviso de recepción de la queja en un plazo de 10 días a partir de la fecha en la que se haya recibido la queja, incluidas las determinaciones de beneficios adversas que se describieron anteriormente. Ciertas quejas pueden requerir que sea referido a un Dentista para que haga una evaluación clínica de los servicios dentales prestados. Tomaremos una determinación, por escrito, en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que se haya recibido una queja, o proporcionaremos una explicación por escrito si se requiere más tiempo para realizar un informe sobre la queja.

Determinación de la apelación

Se realizará una revisión de la decisión si se hace una solicitud de apelación de la determinación por escrito en un plazo de 30 días siguientes después de la fecha de la determinación por escrito. Realizaremos una revisión completa y justa a solicitud. Al realizar dicha revisión, es posible que solicitemos documentos adicionales según lo consideremos necesario. Le enviaremos una respuesta por escrito en un plazo de 30 días después de recibir la apelación y la documentación respaldatoria correspondiente o una explicación por escrito si se requiere más tiempo para tomar la decisión. Revisaremos Su apelación con base en los términos y las condiciones del Contrato de Su plan.

Si considera que es necesario revisar con mayor detalle Su reclamación o Su queja, puede ponerse en contacto con la agencia reguladora de seguros de Su estado.

RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN DE LOS BENEFICIOS

No habrá cambios en los Beneficios ni en la Prima durante el periodo de inscripción anual. Le enviaremos un aviso de renovación por escrito, incluidos todos los cambios propuestos para los Beneficios o la Prima, al menos 60 días antes del vencimiento de su cobertura. Al final del periodo de inscripción, la cobertura continuará según se describe en el aviso de renovación, a menos que notifique a Delta Dental en la fecha de vencimiento o

antes que desea terminar la cobertura.

Después de que termine la cobertura, esta se reactivará cuando Delta Dental reciba la Prima correspondiente, a menos que el pago se reciba más de 15 días después de la finalización, y reembolsemos dicho pago en un plazo de 20 días laborables. Si no se solicita la reactivación en un plazo de 15 días después de la finalización, debe esperar 12 meses antes de poder volver a inscribirse en este Plan.

Todos los Beneficios se cancelan para el Afiliado en la fecha en que esta persona deje de ser elegible en virtud de los términos de este Plan o la inscripción de esta persona se cancele en virtud de los términos de este Plan (*ver a continuación*). No tenemos la obligación de continuar brindando Beneficios a ninguna persona en dicho caso, excepto para finalizar los Procedimientos únicos que se hayan iniciado mientras este Plan estaba vigente.

Cancelación de la inscripción

Se puede cancelar la inscripción de un Miembro elegible o de un Dependiente elegible en virtud de este Plan, o bien puede negarse la renovación de la inscripción en los siguientes casos:

- De inmediato:
 - 1) si se pierde la elegibilidad según se describe en la disposición “Requisitos de elegibilidad”; o
 - 2) si la Prima no se paga en la fecha de vencimiento o antes, o dentro del periodo de gracia de 31 días para el pago de la Prima. Puede continuar recibiendo Beneficios durante este periodo de gracia de 31 días y su cobertura puede reactivarse durante la vigencia del Contrato después de pagar todas las Primas que se adeuden. Si la cobertura no se reactiva, usted será responsable del costo de los servicios que reciba durante el periodo de gracia de 31 días;
o
 - 3) si el Contrato finaliza y no se renueva.
- Después de 45 días posteriores a la recepción del aviso por escrito si:
 - 1) Su conducta es perjudicial, indisciplinada, ofensiva, ilegal, fraudulenta o no colabora al grado de que Su participación obstaculice gravemente la capacidad del centro del Dentista contratado de proporcionar servicios a otros pacientes.

- 2) Usted ha tergiversado información de manera fraudulenta o sustancial en la solicitud o presentación de una reclamación de Beneficios según el Contrato.
 - 3) Usted ha utilizado de manera incorrecta los documentos proporcionados como evidencia de los Beneficios disponibles según el Contrato.
 - 4) Usted ha proporciona información incorrecta o incompleta con el fin de obtener servicios de manera fraudulenta.
- La cancelación de la inscripción de un Afiliado principal automáticamente anulará la inscripción de sus Afiliados dependientes.

DISPOSICIONES GENERALES

Divisibilidad

Si un tribunal u otra autoridad determina que alguna parte de este Contrato o esta EOC, o una enmienda de este, es ilegal, nula o no ejecutable, todas las demás partes de este Contrato y esta EOC permanecerán en pleno vigor y efecto.

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 bajo los términos del Contrato, todas las declaraciones que usted haya hecho se considerarán manifestaciones y no garantías. Ninguna de estas declaraciones se usará en la defensa de una reclamación en virtud del Contrato, a menos que aparezca en un documento escrito firmado por usted y una copia que se le haya proporcionado.

Acciones legales

No se presentará ninguna acción legal ni por equidad para la recuperación conforme a este Plan antes de que venzan los 60 días posteriores a la presentación de la prueba de la pérdida de acuerdo con los requisitos de este Plan. No se podrá iniciar ninguna acción, salvo que sea en el plazo de tres (3) años desde el vencimiento del periodo en el cual este Plan exige prueba de la pérdida.

Examen clínico

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

Conformidad con las leyes aplicables

Todas las cuestiones legales relacionadas con este Plan se regirán por el estado donde se emitió y entregó el Contrato, y donde se ejecutará. Cualquier parte de este Plan que entre en conflicto con las leyes estatales se enmienda por la presente para cumplir con los requisitos mínimos de dichas leyes. Cualquier disposición que sea requerida en esta EOC por cualquiera de las anteriores obligará a Delta Dental, esté o no previsto en el Contrato.

Compañía principal

Somos un socio 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 (“Administrador”)

Podemos usar los servicios de un Administrador que esté registrado debidamente conforme a las leyes estatales aplicables, para brindar servicios en virtud de este Plan. Todo Administrador que brinde dichos servicios o reciba dicha información celebrará un acuerdo de asociación comercial con la Compañía en el que se establezca que el Administrador cumplirá los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPPA, por sus siglas en inglés) y la Ley HITECH para la preservación de la información protegida de la salud de los Afiliados.

Imposibilidad de cumplimiento

Ninguna de las partes (el Afiliado principal o la Compañía) será responsable ante la otra ni se la considerará en infracción con respecto al 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.

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, comuníquese con Atención al Cliente al **877-522-9156** o al **800-735-2929** (TTY).

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 997330
Sacramento, CA 95899-7330
Número de teléfono: **877-522-9156** u **800-735-2929** (TTY)
Dirección del sitio web: myaarpdentalplan.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 200
Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019
800-537-7697 (TDD)

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

LISTA A

Descripción de Beneficios y Copagos

Los Beneficios que se muestran a continuación se brindan según el Dentista Contratado que lo atienda los considere apropiados, y están sujetos a las *limitaciones y exclusiones* del Plan. Consulte la *Lista B* para obtener una explicación más detallada de los beneficios. **Usted deberá hablar sobre todas las opciones de tratamiento con su Dentista contratado antes de recibir los servicios.**

El texto que aparece en cursiva a continuación tiene el propósito específico de aclarar la prestación de Beneficios conforme al Plan DeltaCare USA y no se debe interpretar como nomenclatura, descripciones ni códigos de procedimientos del Nomenclador Dental Actual (CDT, por sus siglas en inglés) de 2024, los cuales están protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la American Dental Association (ADA, por sus siglas en inglés). La ADA puede cambiar las definiciones o los códigos del CDT periódicamente. Tales nomenclaturas, descripciones y códigos actualizados pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con las leyes federales.

<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>USTED PAGA</u>
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO	
D0120	Evaluación periódica de la boca - paciente establecido.....	Sin costo
D0140	Evaluación limitada de la boca - enfocada en el problema.....	Sin costo
D0145	Evaluación de la boca para un paciente menor de tres años de edad y asesoramiento de un cuidador primario.....	Sin costo
D0150	Evaluación completa de la boca - paciente nuevo o establecido.....	Sin costo
D0160	Evaluación extensiva y detallada de la boca - enfocada en el problema, por informe.....	Sin costo
D0170	Reevaluación - limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no en una consulta posoperatoria).....	Sin costo
D0171	Reevaluación - visita al consultorio posoperatoria.....	\$5.00
D0180	Evaluación periodontal completa - paciente nuevo o establecido.....	Sin costo
D0190	Revisión de un paciente.....	Sin costo
D0191	Valoración de un paciente.....	Sin costo
D0210	Intrabucal - serie completa de radiografías - <i>limitadas a 7 series cada 24 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico</i>	Sin Costo
D0220	Intrabucal - primera radiografía periapical.....	Sin costo
D0230	Intrabucal - cada radiografía periapical adicional.....	Sin costo
D0240	Intrabucal - radiografía oclusal.....	Sin costo
D0250	Extrabucal - radiografía de proyección en 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector.....	Sin costo
D0251	Radiografía dental posterior extrabucal.....	Sin costo
D0270	Radiografía de mordida - una sola radiografía.....	Sin costo
D0272	Radiografía de mordida - dos radiografías.....	Sin costo
D0273	Radiografías de mordida - tres radiografías.....	Sin costo

D0274	Radiografía de mordida - cuatro radiografías - <i>limitadas a 7 series cada 6 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico.</i>	Sin costo
D0277	Radiografías de mordida verticales - 7 u 8 radiografías	Sin costo
D0330	Radiografía panorámica	Sin costo
D0396	Impresión 3D de un escáner 3D intraoral.....	Sin costo
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad.....	Sin costo
D0419	Evaluación del flujo salival por medición - <i>7 cada 72 meses</i>	Sin costo
D0425	Ensayo de susceptibilidad a caries	Sin costo
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa.....	Sin costo
D0470	Moldes para diagnóstico	Sin costo
D0472	Toma de tejidos, examen general, preparación y entrega de un informe escrito	Sin costo
D0473	Toma de tejidos, examen general y microscópico, preparación y entrega de un informe escrito	Sin costo
D0474	Toma de tejidos, examen general y microscópico, incluida la evaluación de márgenes quirúrgicos para detectar enfermedades, preparación y entrega de un informe escrito	Sin costo
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo bajo	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo moderado	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo alto	Sin costo
D0701	Radiografía panorámica - solo imágenes.....	Sin costo
D0702	Radiografía cefalométrica 2-D - solo imágenes.....	Sin costo
D0703	Imagen fotográfica 2-D bucal o facial obtenida por vía intrabucal o extrabucal - solo imágenes.....	Sin costo
D0705	Radiografía dental posterior extrabucal - solo imágenes	Sin Costo
D0706	Intrabucal - radiografía oclusal - solo imágenes.....	Sin costo
D0707	Intrabucal - radiografía periapical - solo imágenes	Sin costo
D0708	Intrabucal - radiografía de mordida - solo imágenes.....	Sin costo
D0709	Intrabucal - serie completa de radiografías - solo imágenes.....	Sin costo
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe - <i>incluye visitas al consultorio, por visita (además de otros servicios)</i>	\$5.00

D1000-D1999 II. PREVENCIÓN

D1110	<i>Limpieza profiláctica - adultos - 7 07770, 07720 o 04346 por cada periodo de 6 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico</i>	\$5.00
D1110	<i>Limpieza profiláctica adicional - adultos (dentro del periodo de 6 meses)</i> ...	\$45.00
D1120	<i>Limpieza profiláctica - niños - 7 07770, 07720 o 04346 por cada periodo de 6 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico</i> ..	\$5.00
D1120	<i>Limpieza profiláctica adicional - niños (dentro del periodo de 6 meses)</i>	\$35.00
D1206	Aplicación de barniz de flúor tópica - <i>7 07206 o 07208 por cada periodo de 6 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico</i>	Sin costo
D1208	Aplicación tópica de flúor - no incluye el barniz - <i>7 07206 o 07208 por cada periodo de 6 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico</i>	Sin costo
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales...	Sin costo
D1330	Instrucciones de higiene bucal.....	Sin costo

D1351	Sellador - por diente.....	\$15.00
D1352	Restauración preventiva de resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto - dientes permanentes.....	\$15.00
D1353	Arreglo de sellador - por diente.....	\$15.00
D1354	Aplicación de medicamento para detener caries - por diente - <i>pacientes desde la niñez hasta los 79 años de edad; 7 por cada periodo de 6 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico</i>	Sin costo
D1510	Separador - fijo - unilateral - por cuadrante.....	\$70.00
D1516	Separador - fijo - bilateral, maxilar.....	\$70.00
D1517	Separador - fijo - bilateral, mandibular.....	\$70.00
D1520	Separador - extraíble - unilateral - por cuadrante.....	\$80.00
D1526	Separador - extraíble - bilateral, maxilar.....	\$80.00
D1527	Separador - extraíble - bilateral, mandibular.....	\$80.00
D1551	Recementación o readhesión del separador bilateral - maxilar.....	\$15.00
D1552	Recementación o readhesión del separador bilateral - mandibular.....	\$15.00
D1553	Recementación o readhesión del separador unilateral - por cuadrante.....	\$15.00
D1556	Extracción del separador fijo unilateral - por cuadrante.....	\$15.00
D1557	Extracción del separador fijo bilateral - maxilar.....	\$15.00
D1558	Extracción del separador fijo bilateral - mandibular.....	\$15.00
D1575	Separador de calzado distal - fijo - unilateral - por cuadrante.....	\$70.00

D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN

- Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes aglutinantes, el recubrimiento indirecto de la pulpa, las bases, los cubrimientos cavitarios y los procedimientos de grabado ácido.
- Cuando en el mismo plan de tratamiento se incluyen más de seis coronas, es posible que le cobren \$700.00 adicionales por corona a partir de la sexta unidad.
- El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay y onlay requieren que la restauración existente tenga más de 5 años o sea más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico.

D2140	Amalgama - una superficie, dientes primarios o permanentes.....	\$8.00
D2150	Amalgama - dos superficies, dientes primarios o permanentes.....	\$12.00
D2160	Amalgama - tres superficies, dientes primarios o permanentes.....	\$18.00
D2161	Amalgama - cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes.....	\$22.00
D2330	Empaste compuesto de resina - una superficie, dientes anteriores.....	\$22.00
D2331	Empaste compuesto de resina - dos superficies, dientes anteriores.....	\$26.00
D2332	Empaste compuesto de resina - tres superficies, dientes anteriores.....	\$30.00
D2335	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies (dientes anteriores).....	\$55.00
D2390	Corona de empaste compuesto de resina, dientes anteriores.....	\$65.00
D2391	Empaste compuesto de resina - una superficie, dientes posteriores.....	\$65.00
D2392	Empaste compuesto de resina - dos superficies, dientes posteriores.....	\$75.00
D2393	Empaste compuesto de resina - tres superficies, dientes posteriores.....	\$85.00
D2394	Empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies, dientes posteriores.....	\$95.00
D2510	Incrustación intracoronal - metal - una superficie.....	\$185.00
D2520	Incrustación intracoronal - metal - dos superficies.....	\$195.00
D2530	Incrustación intracoronal - metal - tres o más superficies.....	\$205.00
D2542	Incrustación onlay - metal - dos superficies.....	\$200.00
D2543	Incrustación onlay - metal - tres superficies.....	\$210.00
D2544	Incrustación onlay - metal - cuatro o más superficies.....	\$230.00
D2610	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - una superficie.....	\$310.00

D2620	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - dos superficies.....	\$345.00
D2630	Incrustación inlay - porcelana/cerámica - tres o más superficies.....	\$365.00
D2642	Incrustación onlay - porcelana/cerámica - dos superficies.....	\$340.00
D2643	Incrustación onlay - porcelana/cerámica - tres superficies.....	\$375.00
D2644	Incrustación onlay - porcelana/cerámica - cuatro o más superficies.....	\$395.00
D2650	Incrustación inlay - empaste compuesto de resina - una superficie.....	\$210.00
D2651	Incrustación inlay - empaste compuesto de resina - dos superficies.....	\$235.00
D2652	Incrustación inlay - empaste compuesto de resina - tres o más superficies.....	\$270.00
D2662	Incrustación onlay - empaste compuesto de resina - dos superficies.....	\$265.00
D2663	Incrustación onlay - empaste compuesto de resina - tres superficies.....	\$290.00
D2664	Incrustación onlay - empaste compuesto de resina - cuatro o más superficies.....	\$335.00
D2710	Corona - empaste compuesto de resina (indirecto).....	\$185.00
D2712	Corona - 3/4 empaste compuesto de resina (indirecto).....	\$185.00
D2720	Corona - resina con alto contenido de metal noble.....	\$335.00
D2721	Corona - resina con metal base principalmente.....	\$235.00
D2722	Corona - resina con metal noble.....	\$275.00
D2740	Corona - porcelana/cerámica.....	\$395.00
D2750	Corona - porcelana fundida con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D2751	Corona - porcelana fundida con metal base principalmente.....	\$295.00
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble.....	\$335.00
D2753	Corona - porcelana fundida con titanio y aleación de titanio.....	\$395.00
D2780	Corona - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D2781	Corona - 3/4 de molde de metal base principalmente.....	\$295.00
D2782	Corona - 3/4 de molde de metal noble.....	\$335.00
D2783	Corona - 3/4 porcelana/cerámica.....	\$395.00
D2790	Corona - molde completo con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D2791	Corona - molde completo de metal base principalmente.....	\$295.00
D2792	Corona - molde completo de metal noble.....	\$335.00
D2794	Corona - titanio y aleación de titanio.....	\$395.00
D2910	Recementación o readhesión de incrustación inlay, incrustación onlay, revestimiento o restauración de cobertura parcial.....	\$20.00
D2915	Recementación o readhesión del perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente.....	\$20.00
D2920	Recementación o readhesión de corona.....	\$20.00
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide (<i>dientes anteriores</i>).....	\$55.00
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente permanente.....	\$75.00
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica - diente primario - <i>dientes anteriores</i>	\$75.00
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable - dientes primarios.....	\$75.00
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable - dientes permanentes.....	\$75.00
D2932	Corona prefabricada de resina - <i>dientes primarios anteriores</i>	\$85.00
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina - <i>dientes primarios anteriores</i>	\$75.00
D2940	Restauración de protección.....	\$20.00
D2941	Restauración terapéutica provisional - dentición primaria.....	\$20.00
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta.....	\$80.00
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas espigas cuando se requieran.....	\$80.00
D2951	Retención de la espiga - por diente, además de la restauración.....	\$15.00
D2952	Perno-muñón, además de corona, fabricados indirectamente - <i>incluye la preparación del conducto</i>	\$110.00

D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente - mismo diente - <i>incluye la preparación del conducto</i>	\$80.00
D2954	Perno-muñón prefabricados, además de una corona - <i>perno de metal base; incluye la preparación del conducto</i>	\$95.00
D2957	Cada perno adicional prefabricado - mismo diente - <i>de metal base; incluye la preparación del conducto</i>	\$70.00
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje bajo un marco de dentadura postiza parcial existente.....	\$60.00
D2976	Estabilización de banda - por diente - <i>se limita a una vez por diente de por vida</i>	\$18.00
D2980	Arreglo de corona por falla del material restaurador.....	\$30.00
D2981	Arreglo de incrustación intracoronaria por falla del material restaurador.....	\$30.00
D2982	Arreglo de incrustación onlay por falla del material restaurador.....	\$30.00
D2983	Arreglo de revestimiento por falla del material restaurador.....	\$30.00
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restauración.....	Sin costo
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en la superficie lisa - <i>limitado a las muelas permanentes hasta los 75 años de edad</i>	\$15.00
D2991	Aplicación de medicamento regenerador de hidroxiapatita - <i>limitado a dos veces por diente en un periodo de 72 meses</i>	\$15.00

D3000-D3999 IV. ENDODONCIA

D3110	Recubrimiento de la pulpa - directo (no incluye la restauración final).....	\$5.00
D3120	Recubrimiento de la pulpa - indirecto (no incluye la restauración final).....	\$5.00
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final)- eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos.....	\$45.00
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes.....	\$50.00
D3222	Pulpotomía parcial para génesis del ápice - diente permanente con desarrollo radicular incompleto.....	\$45.00
D3230	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles) - dientes primarios anteriores (no incluye la restauración final).....	\$60.00
D3240	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles) - dientes primarios posteriores (no incluye la restauración final).....	\$60.00
D3310	Conducto radicular - terapia de endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final).....	\$125.00
D3320	Conducto radicular - terapia de endodoncia, dientes premolares (no incluye la restauración final).....	\$215.00
D3330	Conducto radicular - terapia de endodoncia, muelas (no incluye la restauración final).....	\$365.00
D3331	Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico.....	\$80.00
D3332	Tratamiento de endodoncia incompleto; diente inoperable, no restaurable o fracturado.....	\$80.00
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna.....	\$80.00
D3346	Tratamiento posterior de terapia del conducto radicular previo - dientes anteriores.....	\$155.00
D3347	Tratamiento posterior de terapia del conducto radicular previo - dientes premolares.....	\$245.00
D3348	Tratamiento posterior de terapia del conducto radicular previo - muelas.....	\$395.00
D3351	Apexificación/recalcificación - consulta inicial (cierre apical/arreglo	

	de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.).....	\$80.00
D3352	Apexificación/recalcificación - reemplazo provisional del medicamento (cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, desinfección del espacio de la pulpa, etc.)	\$55.00
D3353	Apexificación/recalcificación - consulta final (incluye tratamiento de conducto radicular completado, cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.).....	\$55.00
D3410	Apicectomía - dientes anteriores	\$155.00
D3421	Apicectomía - dientes premolares (primera raíz)	\$165.00
D3425	Apicectomía - muelas (primera raíz).....	\$175.00
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional).....	\$100.00
D3430	Empaste retrógrado - por raíz.....	\$75.00
D3450	Amputación de la raíz - por raíz	\$85.00
D3471	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - dientes anteriores ...	\$155.00
D3472	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - dientes premolares.....	\$155.00
D3473	Reparación quirúrgica de la reabsorción radicular - muelas	\$155.00
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o arreglo de la reabsorción radicular - dientes anteriores	\$155.00
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o arreglo de la reabsorción radicular - dientes premolares.....	\$155.00
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o arreglo de la reabsorción radicular - muela	\$155.00
D3920	Hemisección (incluida la extracción de cualquier raíz), no incluye tratamiento de conducto radicular.....	\$75.00
D3921	Descoronación o sumersión de un diente erupcionado.....	\$14.00

D4000-D4999 V. PERIODONCIA

- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.

D4210	Gingivectomía o gingivoplastia - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante.....	\$160.00
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante.....	\$95.00
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para hacer espacio para el procedimiento de restauración, por diente.....	Sin costo
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular - cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$160.00
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular - de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$95.00
D4245	Colgajo en posición apical.....	\$175.00
D4249	Alargamiento de corona clínico - tejido duro.....	\$150.00
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.....	\$385.00
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.....	\$308.00
D4263	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - primer sitio en el cuadrante.....	\$235.00
D4264	Injerto de reemplazo óseo - diente natural retenido - cada sitio	

	adicional en el cuadrante.....	\$85.00
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando.....	\$235.00
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, diente único (cuando este no se lleve a cabo junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica).....	\$90.00
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante) primer diente, implante o posición sin dientes en injerto.....	\$235.00
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los sitios quirúrgicos del receptor y del donante), cada diente contiguo adicional, implante o posición sin dientes en el mismo sitio del injerto....	\$235.00
D4341	Limpieza de sarro y alisado radicular periodontal - cuatro o más dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante cualquier periodo de 72 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4342	Limpieza de sarro y alisado radicular periodontal - de uno a tres dientes por cuadrante - <i>limitado a 4 cuadrantes durante cualquier periodo de 72 meses consecutivos</i>	\$50.00
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada de moderada o grave - toda la boca, después de una evaluación de la boca - <i>7 07770, 07720 o 04346 por cada periodo de 6 meses o más frecuente si es necesario desde el punto de vista médico</i>	\$5.00
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir la realización de un diagnóstico y una evaluación periodontal completa en una consulta posterior - <i>se limita a 7 tratamientos en cualquier periodo de 72 meses consecutivos</i>	\$60.00
D4910	Mantenimiento periodontal - <i>limitado a 7 tratamientos por cada periodo de 6 meses</i>	\$45.00
D4910	Mantenimiento periodontal adicional (dentro del periodo de 6 meses).....	\$55.00
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal - por cuadrante.....	Sin costo

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)

- Para todas las dentaduras postizas completas y parciales mencionadas, el Copago incluye los ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros seis meses posteriores a la colocación. Para todas las dentaduras postizas inmediatas y las dentaduras postizas parciales extraíbles inmediatas mencionadas, el Copago incluye los ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros tres meses posteriores a la colocación. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe prestarse en el centro del Dentista contratado donde se haya colocado la dentadura postiza originalmente.

- El rebasado, el recubrimiento y el acondicionamiento de tejidos se limitan a 7 por dentadura postiza por cada periodo de 72 meses consecutivos.

- El reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa requiere que esta tenga 5 años o más de antigüedad.

D5110	Dentadura postiza completa - maxilar.....	\$365.00
D5120	Dentadura postiza completa - mandibular.....	\$365.00
D5130	Dentadura postiza inmediata - maxilar.....	\$385.00
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular.....	\$385.00
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes).....	\$325.00
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes).....	\$325.00

D5213	Dentadura postiza parcial maxilar - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)....	\$395.00
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)....	\$395.00
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$325.00
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes).....	\$325.00
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes).....	\$395.00
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes).....	\$395.00
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes) - los aparatos protésicos se reemplazarán solo después de que hayan transcurrido cinco años desde el momento de la entrega.....	\$445.00
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes).....	\$445.00
D5227	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - base flexible (incluido cualquier soporte, diente y gancho)	\$325.00
D5228	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - base flexible (incluido cualquier soporte, diente y gancho)	\$325.00
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa - maxilar	\$18.00
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa - mandibular.....	\$18.00
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial - maxilar.....	\$18.00
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial - mandibular.....	\$18.00
D5511	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa - mandibular	\$55.00
D5512	Arreglo de la base rota de una dentadura postiza completa - maxilar.....	\$55.00
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente).....	\$35.00
D5611	Arreglo de base de resina de una dentadura postiza parcial, mandibular.....	\$55.00
D5612	Arreglo de base de resina de una dentadura postiza parcial, maxilar.....	\$55.00
D5621	Arreglo de molde de yeso parcial, mandibular	\$55.00
D5622	Arreglo de molde de yeso parcial, maxilar	\$55.00
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de retención/ganchos rotos - por diente	\$55.00
D5640	Reemplazo de dientes rotos - por diente	\$45.00
D5650	Agregado de un diente a una dentadura postiza parcial existente.....	\$45.00
D5660	Agregado de un gancho a una dentadura postiza parcial existente - por diente.....	\$55.00
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (maxilar).....	\$180.00
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (mandibular).....	\$180.00
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	\$105.00
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular.....	\$105.00
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar.....	\$105.00
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular.....	\$105.00

D5725	Rebasado de prótesis híbrida.....	\$105.00
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el consultorio).....	\$60.00
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el consultorio).....	\$60.00
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio).....	\$60.00
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio).....	\$60.00
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza completa maxilar (en el laboratorio).....	\$95.00
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza completa mandibular (en el laboratorio).....	\$95.00
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio).....	\$95.00
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio).....	\$95.00
D5765	Cubrimiento cavitario blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble - indirecto.....	\$95.00
D5820	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes), maxilar - <i>limitado a 7 en cualquier periodo de 72 meses consecutivos</i>	\$125.00
D5821	Dentadura postiza parcial provisional (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes), mandibular - <i>limitado a 7 en cualquier periodo de 72 meses consecutivos</i>	\$125.00
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar.....	\$30.00
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular.....	\$30.00

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES - sin cobertura D6000-D6199

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE: sin cobertura

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])

- Cuando se incluyan más de seis coronas o pónicos en el mismo plan de tratamiento, es posible que se le cobren \$700.00 adicionales por cada unidad, a partir de la sexta.
- El reemplazo de una corona, pónico, incrustación intracoronal, restauración onlay o dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años de antigüedad o más.

D6210	Pónico - molde con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D6211	Pónico - molde de metal base principalmente.....	\$295.00
D6212	Pónico - molde de metal noble.....	\$335.00
D6240	Pónico - porcelana fundida con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D6241	Pónico - porcelana fundida con metal base principalmente.....	\$295.00
D6242	Pónico - porcelana fundida con metal noble.....	\$335.00
D6243	Pónico - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio.....	\$335.00
D6245	Pónico - porcelana/cerámica.....	\$395.00
D6250	Pónico - resina con alto contenido de metal noble.....	\$335.00
D6251	Pónico - resina con metal base principalmente.....	\$235.00
D6252	Pónico - resina con metal noble.....	\$275.00
D6600	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies....	\$345.00

D6601	Incrustación inlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies.....	\$365.00
D6602	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies.....	\$295.00
D6603	Incrustación inlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies.....	\$305.00
D6604	Incrustación inlay de retención - molde de metal base predominantemente, dos superficies.....	\$195.00
D6605	Incrustación inlay de retención - molde de metal base predominantemente, tres o más superficies.....	\$205.00
D6606	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, dos superficies.....	\$225.00
D6607	Incrustación inlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies.....	\$235.00
D6608	Incrustación onlay de retención - porcelana/cerámica, dos superficies.....	\$340.00
D6609	Incrustación onlay de retención - porcelana/cerámica, tres o más superficies.....	\$375.00
D6610	Incrustación onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, dos superficies.....	\$300.00
D6611	Incrustación onlay de retención - molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies.....	\$310.00
D6612	Incrustación onlay de retención - molde de metal base predominantemente, dos superficies.....	\$200.00
D6613	Incrustación onlay de retención - molde de metal base predominantemente, tres o más superficies.....	\$210.00
D6614	Incrustación onlay de retención - molde de metal noble, dos superficies.....	\$220.00
D6615	Incrustación onlay de retención - molde de metal noble, tres o más superficies.....	\$240.00
D6720	Corona de retención - resina con alto contenido de metal noble.....	\$335.00
D6721	Corona de retención - resina con metal base principalmente.....	\$235.00
D6722	Corona de retención - resina con metal noble.....	\$275.00
D6740	Corona de retención - porcelana/cerámica.....	\$395.00
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D6751	Corona de retención - porcelana fundida con metal base principalmente.....	\$295.00
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble.....	\$335.00
D6753	Corona de retención - porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio.....	\$395.00
D6780	Corona de retención - 3/4 de molde con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D6781	Corona de retención - 3/4 de molde de metal base principalmente.....	\$295.00
D6782	Corona de retención - 3/4 de molde de metal noble.....	\$335.00
D6783	Corona de retención - 3/4 de molde de porcelana/cerámica.....	\$395.00
D6784	Corona de retención - 3/4 de titanio y aleaciones de titanio.....	\$395.00
D6790	Corona de retención - molde completo con alto contenido de metal noble.....	\$395.00
D6791	Corona de retención - molde completo de metal base principalmente ..	\$295.00
D6792	Corona de retención - molde completo de metal noble.....	\$335.00
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija.....	\$25.00
D6940	Dispositivo dental para el estrés.....	\$50.00

D6980 Arreglo de dentadura postiza fija parcial necesaria por falla del material restaurador \$70.00

D7000-D7999 X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL

- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.

D7111 Extracción, remanentes de corona - dientes primarios..... \$10.00
D7140 Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (extracción con fórceps o por elevación) \$14.00
D7210 Extracción, diente erupcionado que necesita la extracción del hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado..... \$55.00
D7220 Extracción de un diente traumatizado - tejido blando \$70.00
D7230 Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo parcial..... \$95.00
D7240 Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total..... \$120.00
D7241 Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales..... \$140.00
D7250 Extracción quirúrgica de raíces dentales residuales (procedimiento de corte)..... \$45.00
D7251 Coronectomía - extracción parcial intencional de un diente, solamente el diente traumatizado..... \$140.00
D7270 Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente..... \$130.00
D7280 Exposición de un diente no erupcionado \$120.00
D7282 Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para ayudar a la dentición \$120.00
D7283 Colocación de un aparato que facilite la dentición de un diente traumatizado..... Sin costo
D7284 Biopsia por extirpación de glándulas salivales menores - *no incluye procedimientos de patología en el laboratorio*..... \$40.00
D7286 Biopsia incisional de tejido bucal - blando - *no incluye procedimientos de patología en el laboratorio*..... \$40.00
D7310 Alveoloplastia junto con extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante..... \$100.00
D7311 Alveoloplastia junto con extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante..... \$100.00
D7320 Alveoloplastia sin extracciones - cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante..... \$120.00
D7321 Alveoloplastia sin extracciones - de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante..... \$120.00
D7450 Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico - diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm Sin costo
D7451 Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico - diámetro de la lesión de más de 1.25 cm Sin costo
D7471 Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)..... \$100.00
D7472 Extracción de rodete palatino \$100.00
D7473 Extracción de rodete mandibular..... \$100.00
D7509 Marsupialización de quiste odontogénico Sin costo
D7510 Incisión y drenaje de absceso - tejido blando intrabucal..... \$25.00
D7922 Colocación de vendaje biológico encajado para asistir en la hemostasis o estabilización del coágulo, por sitio..... Sin costo
D7961 Fractura bucal/labial (frenulectomía) Sin costo
D7962 Frenectomía lingual (frenulectomía)..... Sin costo

D7970	Extirpación de tejido hiperplásico - por arco dentario.....	\$80.00
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria.....	\$80.00

D8000-D8999 XI. ORTODONCIA

- El copago detallado para cada fase del tratamiento de ortodoncia (limitado, interceptivo o integral) cubre hasta 24 meses de tratamiento activo. Después de los 24 meses, es posible que se aplique un cargo mensual adicional que no debe exceder los \$725.00.

- El Copago de retención incluye ajustes o visitas al consultorio por hasta 24 meses.

Los registros previos y posteriores al tratamiento de ortodoncia incluyen:

El Beneficio para los registros previos al tratamiento y los servicios

de diagnóstico incluye lo siguiente:..... \$200.00

D0210	Intrabucal - serie completa de radiografías	
D0322	Inspección tomográfica	
D0330	Radiografía panorámica	
D0340	Radiografía cefalométrica en 2D, adquisición, medida y análisis	
D0350	Imágenes fotográficas bucales/faciales en 2D obtenidas de forma intrabucal o extrabucal	
D0396	Impresión 3D de un escáner 3D intraoral	Sin costo
D0470	Moldes para diagnóstico	
D0801	Exploración de la superficie dental en 3D - directa	
D0802	Exploración de la superficie dental en 3D - indirecta	
D0803	Exploración de la superficie facial en 3D - directa	
D0804	Exploración de la superficie facial en 3D - indirecta	

El Beneficio para los registros posteriores al tratamiento incluye lo siguiente:..... \$70.00

D0210	Intrabucal - serie completa de radiografías	
D0470	Moldes para diagnóstico	
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria.....	\$1,150.00
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de transición - <i>niño o adolescente hasta 79 años de edad</i>	\$1,150.00
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adolescente - <i>adolescente hasta 79 años de edad</i>	\$1,150.00
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adulta - <i>adultos, incluidos los hijos adultos dependientes cubiertos</i>	\$1,350.00
D8070	Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición de transición - <i>niño o adolescente hasta 79 años de edad</i>	\$1,900.00
D8080	Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición adolescente - <i>adolescente hasta 79 años de edad</i>	\$1,900.00
D8090	Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición adulta - <i>adultos, incluidos los hijos adultos dependientes cubiertos</i>	\$2,100.00
D8660	Examen previo al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo	\$25.00
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, elaboración y colocación de retenedores <i>removibles</i>).....	\$275.00
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble	Sin costo
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe - <i>incluye la sesión de planificación del tratamiento</i>	\$100.00

D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS

D9110	Tratamiento paliativo de dolor de dientes - por visita	\$20.00
-------	--	---------

D9211	Anestesia por bloqueo regional.....	Sin costo
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino.....	Sin costo
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos.....	Sin costo
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general.....	Sin costo
D9222	Sedación profunda/anestesia general - primeros 15 minutos.....	\$80.00
D9223	Sedación profunda/anestesia general - cada 15 minutos adicionales posteriores.....	\$80.00
D9239	Sedación/analgesia intravenosa moderada (en estado consciente) - primeros 15 minutos.....	\$80.00
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (en estado consciente), cada 15 minutos adicionales posteriores.....	\$80.00
D9310	Consulta - servicios de diagnóstico prestados por un dentista o un médico distinto al dentista o médico que lo solicita.....	\$25.00
D9311	Consulta con un profesional del cuidado de la salud.....	Sin costo
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario de atención habitual) - no se brindan otros servicios.....	\$5.00
D9440	Visita al consultorio - después del horario de atención habitual.....	\$35.00
D9450	Presentación del caso, posterior a la planificación extensa y detallada del tratamiento.....	Sin costo
D9912	Revisión del paciente antes de la consulta.....	\$0.00
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar.....	Sin costo
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular.....	Sin costo
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar..	Sin costo
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular.....	Sin costo
D9943	Ajuste de protector oclusal.....	\$10.00
D9944	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario completo - <i>limitado a 7 09944, 09945 o 09946 en 3 años</i>	\$105.00
D9945	Protector oclusal - aparatos blandos, arco dentario completo - <i>limitado a 7 09944, 09945 o 09946 en 3 años</i>	\$105.00
D9946	Protector oclusal - aparatos duros, arco dentario parcial - <i>limitado a 7 09944, 09945 o 09946 en 3 años</i>	\$105.00
D9951	Ajuste oclusal, limitado.....	\$55.00
D9952	Ajuste oclusal, completo.....	\$105.00
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco dentario; incluye los materiales y la fabricación de bandejas personalizadas - <i>limitado a una bandeja y gel de blanqueamiento para dos semanas de autotratamiento</i>	\$125.00
D9986	Cita perdida - <i>incluye cita cancelada sin aviso con 24 horas de anticipación - por 75 minutos de duración de la cita</i>	\$10.00
D9987	Cita cancelada - <i>incluye cita cancelada sin aviso con 24 horas de anticipación - por 75 minutos de duración de la cita</i>	\$10.00
D9990	Traducción certificada o servicios de Lengua de Signos - por consulta	Sin costo
D9991	Gestión de casos dentales - cómo abordar los obstáculos en el cumplimiento de las citas.....	Sin costo
D9992	Gestión de casos dentales - coordinación de la atención.....	Sin costo
D9995	Teleodontología - síncrona, servicios en tiempo real.....	Sin costo
D9996	Teleodontología - asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior.....	Sin costo

D9997 Manejo de caso dental - pacientes con necesidades especiales de cuidado de saludSin costo

Si el Dentista contratado presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, usted paga el Copago especificado. Debemos autorizar los procedimientos mencionados que requieran que un Dentista preste Servicios especializados y que sean derivados por el Dentista Contratado. Usted paga el Copago especificado por dichos servicios. Si tiene alguna pregunta con respecto al Plan DeltaCare USA, debe comunicarse con Servicio al Cliente al 800-422-4234.

LISTA B

Limitaciones y exclusiones de los beneficios

Limitaciones

1. La frecuencia de algunos Beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se detallan en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Si usted acepta un plan de tratamiento del Dentista general que incluya alguna combinación de más de seis coronas, púnticos de puentes o retenedores de puentes, es posible que deba pagar \$100.00 adicionales, además del Copago mencionado para cada uno de estos servicios después de que se le proporcione la sexta unidad.
3. El uso de la anestesia general o la analgesia o sedación intravenosa se limita al tratamiento proporcionado por un cirujano bucal contratado junto con un referido aprobada para la extracción de uno o más dientes retenidos parciales o totales (procedimientos D7230, D7240 y D7241).
4. Los Beneficios proporcionados por Dentistas pediátricos están limitados a niños de hasta 13 años después de que el Dentista contratado haya intentado tratar al niño y con Autorización por parte Nuestra, menos los Copagos aplicables. Las excepciones por estados clínicos, independientemente de las limitaciones de edad, se considerarán de manera individual.
5. El costo para usted por recibir tratamiento de ortodoncia después de que la cobertura se cancele o finalice por algún motivo se basará en los cargos presentados del Ortodoncista contratado para el plan de tratamiento. El ortodoncista contratado prorrateará la cantidad según el número de meses que resten para completar el tratamiento. Usted efectuará el pago directamente al Ortodoncista contratado según se acordó.
6. El tratamiento de ortodoncia en progreso estará disponible para usted si en el momento de su fecha de entrada en vigencia original está en un tratamiento activo que se haya iniciado conforme al plan dental anterior, siempre y cuando sigan siendo elegibles en virtud del plan de DeltaCare USA. Un tratamiento activo significa que ha iniciado el movimiento de los dientes. Usted es responsable por los Copagos y cargos sujetos a las disposiciones de su plan dental anterior. Somos económicamente responsables únicamente por las cantidades que el plan dental anterior no haya pagado para los casos de ortodoncia que reúnan los requisitos.
7. Los Beneficios para un Plan de control de tejidos blandos se limitan a las partes que son servicios cubiertos incluidos en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
8. Los servicios de Teleodontología prestados por un Dentista que no sea su Dentista contratado se consideran que no son de la red y pueden suponer un gasto directo para usted.
9. La cobertura por tratamiento de ortodoncia está limitada a servicios de ortodoncia

convencionales, lo que incluye tratamiento con alineadores transparentes (p. ej., InvisalignTM y Sure SmileTM). Consideramos los brackets linguales, brackets transparentes (empaste compuesto o cerámica) como servicios especializados. Cuando se proporciona tratamiento que utiliza brackets linguales o brackets claros (empaste compuesto o cerámica), daremos un valor autorizado para los servicios de ortodoncia convencionales. Usted es responsable de su copago para el tratamiento de ortodoncia convencional además de los cargos adicionales relacionados con los servicios especializados (brackets linguales o brackets transparentes).

Exclusiones

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente señalado en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del Dentista Contratado:
 - a. presente un pronóstico reservado de un resultado satisfactorio y una duración razonable según el estado de los dientes o de las estructuras circundantes; o
 - b. no siga las normas generalmente aceptadas de la práctica dental.
3. Los servicios que tienen fines estéticos únicamente, excepto el procedimiento D9975 (blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco dentario), o para enfermedades causadas por defectos del desarrollo o hereditarios como paladar hendido, malformaciones en la mandíbula superior e inferior, falta de dientes congénita y dientes descoloridos o carentes de esmalte, excepto el tratamiento de niños recién nacidos con defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
4. Coronas de porcelana, porcelana fundida en metal, metal fundido o resina con coronas de tipo metálico y dentaduras postizas parciales fijas (puentes) cuando los dientes afectados no han llegado a completar el crecimiento dental y esquelético.
5. El reemplazo de aparatos rotos o robados que incluyen, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, separadores, coronas y dentaduras postizas fijas parciales (puentes).
6. Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el objetivo es modificar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar enfermedades anormales de la unión temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
7. Procedimientos que pueden incluir:
 - a. metales preciosos para aparatos removibles;
 - b. bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas;
 - c. dentadura postiza de porcelana;
 - d. dientes de soporte de precisión para dentaduras postizas parciales removibles o dentaduras postizas parciales fijas, incluidos, entre otros, overlays y aparatos especializados relacionados; o
 - e. personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
8. Consultas por beneficios no cubiertos.
9. Servicios dentales proporcionados por cualquier centro dental que no sea el del Dentista Contratado asignado, un especialista dental autorizado o un Ortodoncista Contratado, excepto los *Servicios de Emergencia*, según se describa en el contrato o en la Evidencia de Cobertura.
10. Cualquier cargo relacionado con la admisión, el uso o la estadía en un hospital, centro de cirugía para pacientes ambulatorios, centro de atención a largo plazo u

otro centro de atención similar.

11. Medicamentos recetados.
12. Los gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental o de ortodoncia que se haya iniciado antes de que usted sea elegible para acceder al plan DeltaCare USA. Algunos ejemplos son: preparación de dientes para la colocación de coronas, conductos radiculares en proceso, dentaduras postizas completas o parciales para las que se haya tomado una impresión y ortodoncia, a menos que reúnan los requisitos de la disposición para el tratamiento de ortodoncia en proceso.
13. Aparatos de ortodoncia extraviados, robados o rotos.
14. Cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios por algún accidente de cualquier tipo.
15. Aparatos o terapias miofuncionales y parafuncionales, a excepción de los procedimientos D9944 (Protector oclusal - aparato duro, arco dentario completo), D9945 (Protector oclusal - aparato blando, arco completo) y D9946 (Protector oclusal - aparato duro, arco dentario parcial).
16. Tratamiento o aparatos que proporcione un dentista especializado en servicios de prostodoncia.
17. Cualquier parte de un programa preventivo o de control de tejidos blandos que no sea un servicio cubierto incluido en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
18. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un dentista con la licencia correspondiente. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.

Paquete de información sobre el proceso de apelaciones de la aseguradora de cuidado de la salud

LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN EN ESTE PAQUETE Y
CONSERVELO PARA REFERENCIA FUTURA. CONTIENE INFORMACIÓN
IMPORTANTE ACERCA DE CÓMO APELAR DECISIONES QUE TOMAMOS
SOBRE SU CUIDADO DE LA SALUD.

Obtener información sobre el proceso de apelaciones de cuidado de la salud
Ayuda para presentar una apelación, formularios estandarizados y asistencia
al consumidor del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de
Arizona

Debemos enviarle una copia de este paquete de información cuando reciba por primera vez su póliza, cuando usted lo solicite o cuando lo solicite el Dentista contratado, y brindarle acceso a una copia del paquete de información en nuestro sitio web. Cuando su cobertura dental se renueve, también debemos enviarle una declaración por separado para recordarle que puede solicitar otra copia de este paquete. Simplemente llame a Nuestro Servicio al Cliente al 877-522-9156 y solicite una copia de este paquete.

Al final de este paquete, encontrará formularios para utilizar en su apelación. El Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona desarrolló estos formularios para ayudar a los Afiliados que desean presentar una apelación de cuidado de la salud. Usted no está obligado a utilizarlos. No podemos rechazar su apelación si usted no los utiliza. Si necesita ayuda para presentar una apelación, o si tiene preguntas acerca del proceso de apelación, puede llamar a la Oficina de Asistencia al Consumidor del Departamento al 602-364-2499 o al 800-325-2548, o llámenos al 877-522-9156.

Cuándo puede apelar

Cuando no autorizamos o aprobamos un servicio o pagamos una reclamación, debemos notificarle acerca de su derecho a apelar la decisión. Su aviso puede provenir directamente de nosotros o a través de su proveedor de tratamiento.

Decisiones que puede apelar

Puede apelar las siguientes decisiones:

- No aprobamos un servicio que usted o su proveedor de tratamiento han solicitado.
- No pagamos por un servicio que usted ya ha recibido.
- No autorizamos un servicio o no pagamos por una reclamación porque afirmamos que no son “necesarios desde el punto de vista médico”.
- No autorizamos un servicio o no pagamos una reclamación porque afirmamos que no están cubiertos en Su plan dental y Usted cree que sí lo están.
- No le notificamos, dentro de los diez (10) días hábiles de recibir su solicitud, si autorizaremos o no el servicio solicitado.
- No autorizamos una derivación a un especialista.

Decisiones que no puede apelar

No puede apelar las siguientes decisiones:

- No está de acuerdo con nuestra decisión respecto del monto de “cargos presentados”.
- No está de acuerdo con la forma en que coordinamos los beneficios cuando tiene seguro de salud con más de una (1) aseguradora.
- No está de acuerdo con la forma en que hemos aplicado sus reclamaciones o servicios al deducible de su plan.
- No está de acuerdo con el monto de coseguro o copagos que pagó.
- No está de acuerdo con nuestra decisión de emitir o no emitir un contrato de plan dental para usted.
- No está de acuerdo con cualquier aumento de tarifa que pueda recibir en virtud de su póliza de seguro.
- Cree que hemos violado el Código de Seguros de Arizona.

Si no está de acuerdo con una decisión que no es apelable según esta lista, aún puede presentar una queja con el Departamento, División de Asuntos del Consumidor, 100 N. 15th Avenue, Suite 260, Phoenix, Arizona 85007-2630.

¿Quiénes pueden presentar una apelación?

Usted o su proveedor de tratamiento pueden presentar una apelación en su nombre. Al final de este paquete se encuentra un formulario que puede utilizar para presentar su apelación. No está obligado a utilizar este formulario y puede enviarnos una carta con la misma información. Si decide apelar nuestra decisión de denegar la autorización para un servicio, debe avisarle a su proveedor de tratamiento, de modo que este pueda ayudarle con la información que necesita para presentar su caso.

Descripción del proceso de apelación

Hay dos tipos de apelación, una apelación acelerada para asuntos urgentes y una apelación estándar. Cada tipo de apelación tiene tres niveles. Las apelaciones operan de forma similar, excepto que las apelaciones aceleradas se procesan mucho más rápido debido a la enfermedad del paciente.

Apelaciones aceleradas

(servicios urgentes aún no recibidos)

Nivel 1: Revisión médica acelerada

Nivel 2: Apelación acelerada

Nivel 3: Revisión médica independiente externa acelerada

Apelaciones estándares

(servicios no urgentes o reclamaciones denegadas)

Reconsideración informal

Apelación formal

Revisión médica independiente externa

Tomamos las decisiones al Nivel 1 y Nivel 2. Un revisor externo, que es completamente independiente de nosotros, toma las decisiones de Nivel 3. Usted no es responsable de pagar los costos de la revisión externa si opta por apelar al Nivel 3.

PROCESO DE APELACIÓN ACELERADA PARA SERVICIOS URGENTES AÚN NO PROPORCIONADOS

Nivel 1: Revisión médica acelerada

Su solicitud:

Puede obtener una revisión médica acelerada de su solicitud denegada para un servicio que aún no se ha proporcionado si:

- Tiene cobertura dental con nosotros.
- Denegamos su solicitud para un servicio cubierto.
- Su proveedor de tratamiento certifica por escrito y proporciona documentación respaldatoria correspondiente de que el tiempo requerido para procesar su solicitud a través del proceso de reconsideración informal y apelación formal (alrededor de 60 días) probablemente cause un cambio significativo en su estado clínico. Al final de este paquete se encuentra un formulario que su proveedor puede utilizar para este propósito. Su proveedor también puede enviar una carta o crear un formulario con información similar. Su proveedor de tratamiento debe enviar la certificación y documentación a:

Quality Management Department
P.O. Box 1860
Alpharetta, GA 30023
877-522-9156, Fax: 770-641-5389

Nuestra decisión: Tenemos un (1) día hábil después de recibir la información de su proveedor de tratamiento para decidir si deberíamos modificar nuestra decisión y autorizar el servicio que solicitó. Dentro de ese mismo día hábil, debemos llamarles a usted y a su proveedor de tratamiento, y enviar por correo nuestra decisión por escrito. La decisión por escrito debe explicar los motivos de Nuestra decisión e indicarle a usted en qué documentos basamos Nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Puede apelar de inmediato al Nivel 2, apelación acelerada.

Si le concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio y la apelación ha finalizado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 1 y el Nivel 2 y enviar su caso directo a un revisor independiente al Nivel 3.

Nivel 2: Apelación acelerada

Su solicitud: Si denegamos su solicitud al Nivel 1, puede solicitar una apelación acelerada. Luego de que reciba nuestra denegación de Nivel 1, su proveedor de tratamiento *debe enviarnos de inmediato* una solicitud por escrito (a la misma persona y dirección que aparece anteriormente bajo el Nivel 1) para indicarnos que apelará al Nivel 2. Para ayudarle con su apelación, su proveedor también debe enviarnos cualquier información (que el proveedor no nos haya enviado antes) para mostrar por qué usted necesita el servicio solicitado.

Nuestra decisión: Tenemos tres (3) días hábiles luego de recibir la solicitud para tomar nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Puede apelar de inmediato al Nivel 3, Revisión independiente externa acelerada.

Si le concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio y la apelación ha finalizado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 2 y enviar su caso directo a un revisor independiente al Nivel 3.

Nivel 3: Revisión independiente externa acelerada

Su solicitud: Puede apelar al Nivel 3 solo después de que haya apelado en los Niveles 1 y 2. Tiene cinco (5) días hábiles luego de recibir nuestra decisión de Nivel 2 para enviarnos su solicitud por escrito para una revisión independiente externa acelerada. Envíe su solicitud y la información de respaldo a:

Quality Management Department
P.O. Box 1860
Alpharetta, GA 30023
877-522-9156, Fax: 770-641-5389

Ni usted ni su proveedor de tratamiento son responsables del costo de una revisión independiente externa.

El proceso: Hay dos tipos de apelaciones de Nivel 3, según los problemas en su caso:

- (1) Necesidad médica: Estos son casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque creemos que los servicios que usted (o su proveedor de tratamiento) solicita no son necesarios desde el punto de vista médico para tratar su problema. Para los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor de una organización de revisión independiente (IRO, por sus siglas en inglés) externa contratada por el Departamento y sin conexión con nosotros. La IRO debe ser un proveedor que habitualmente trate la enfermedad objeto de la revisión.
- (2) Cobertura del contrato: Estos son casos en los que hemos denegado la cobertura debido a que creemos que el servicio solicitado no se encuentra cubierto en virtud de su plan dental. Para casos de cobertura de contratos, el Departamento será el revisor independiente.

Casos de necesidad médica

Dentro de un (1) día hábil luego de la recepción de su solicitud, debemos:

- Enviar un acuse de recibo por escrito de su solicitud al director de seguros ("Director"), a usted y al proveedor de tratamiento; y
- Enviar al director:
 - Su solicitud de revisión.
 - Su plan dental.
 - Evidencia de cobertura o documento similar.
 - Todos los registros médicos (dentales) y documentación respaldatoria correspondiente utilizados para tomar nuestra decisión.
 - Un resumen de todos los problemas aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión.
 - Los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra decisión.
 - Y las partes relevantes de nuestras guías de revisión de utilización.

Además, debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor de cuidado de la salud que revisó y mantuvo la denegación en los niveles de apelación anteriores.

Dentro de dos (2) días hábiles de recibir nuestra información, el director debe enviar toda la información proporcionada a una IRO externa.

Dentro de las 72 horas luego de la recepción de la información, la IRO debe tomar una decisión y enviarla al director.

Dentro de un (1) día laborable desde la recepción de la decisión de la IRO, el director debe enviar un aviso sobre la decisión a usted, al proveedor de tratamiento y a nosotros.

La decisión (necesidad médica): Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio, debemos autorizarlo. Si la IRO está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio, la apelación ha finalizado. Su única opción es llevar su reclamación a un tribunal superior.

Casos de cobertura del contrato

Dentro de un (1) día hábil luego de la recepción de su solicitud, debemos:

- Enviar un acuse de recibo por escrito de su solicitud al director, a usted y al proveedor de tratamiento; y
- Enviar al director:
 - Su solicitud de revisión.
 - Su plan dental.
 - Evidencia de cobertura o documento similar.
 - Todos los registros médicos y documentación respaldatoria correspondiente utilizados para tomar nuestra decisión.
 - Un resumen de todos los problemas aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión.
 - Los criterios utilizados y cualquier motivo clínico de nuestra decisión.
 - Las partes relevantes de nuestras guías de revisión de utilización.

Dentro de dos (2) días hábiles luego de recibir esta información, el director debe determinar si el servicio o la reclamación están cubiertos, emitir una decisión y enviar un aviso para nosotros, para usted y para su proveedor de tratamiento.

Referido a la IRO para casos de cobertura del contrato: El director a veces no puede determinar asuntos de cobertura. Si esto sucede, el director reenviará su caso a una IRO externa. La IRO tendrá 72 horas para tomar una decisión y enviarla a director. El director tendrá un (1) día hábil desde la recepción de la decisión de la IRO para enviar la decisión a nosotros, a usted, y a su proveedor de tratamiento.

La decisión (cobertura del contrato): Si no está de acuerdo con la decisión final del director sobre un problema de cobertura del contrato, puede solicitar una audiencia con la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH, por sus siglas en inglés). Si no estamos de acuerdo con la decisión final del director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. Una audiencia debe solicitarse dentro de los 30 días desde la recepción de la decisión del director. La OAH debe programar y completar lo antes posible una audiencia para apelaciones de decisiones aceleradas de Nivel 3.

PROCESO DE APELACIONES ESTÁNDAR PARA SERVICIOS NO URGENTES Y RECLAMACIONES DENEGADAS

Nivel 1: Reconsideración informal

Su solicitud: Puede obtener una reconsideración informal de su solicitud denegada para un servicio si:

- Tiene cobertura con nosotros.
- Denegamos su solicitud para un servicio o reclamación cubiertos.
- No califica para una apelación acelerada.
- Usted o su proveedor de tratamiento solicitan una reconsideración informal dentro de dos (2) años a partir de la fecha en la que inicialmente denegamos el servicio solicitado al enviar su solicitud por teléfono, por escrito o por fax a:

Quality Management Department
P.O. Box 1860
Alpharetta, GA 30023
877-522-9156 Fax: 770-641-5389

Reclamación para un servicio cubierto ya proporcionado pero no pagado para: No puede obtener una Reconsideración informal de Su solicitud denegada para el pago de un servicio cubierto. En lugar de ello, puede iniciar el proceso de revisión mediante una apelación formal (Nivel 2).

Nuestro acuse de recibo: Tenemos cinco (5) días laborables luego de recibir su solicitud de una Reconsideración informal (“la fecha de recepción”) para enviarles a usted y al proveedor de tratamiento un aviso de que recibimos Su solicitud.

Nuestra decisión: Tenemos 30 días desde la fecha de recepción para decidir si deberíamos modificar nuestra decisión y autorizar su servicio solicitado o pagar su reclamación. Debemos enviar nuestra decisión por escrito a usted y a su proveedor de tratamiento en ese mismo plazo de 30 días. La decisión por escrito debe explicar los motivos de Nuestra decisión e indicarle a usted en qué documentos basamos Nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud: Tenemos 60 días para apelar al Nivel 2:

Si le concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación y la apelación ha finalizado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 1 y el Nivel 2 y enviar su caso directo a un revisor independiente al Nivel 3.

Nivel 2: Apelación formal

Su solicitud: Puede solicitar una apelación formal si: (1) Denegamos su solicitud en el Nivel 1, o (2) Tiene una reclamación no pagada y no le proporcionamos una revisión de Nivel 1. Luego de que reciba nuestra denegación de Nivel 1, usted o su proveedor de tratamiento deben enviarnos una solicitud por escrito dentro de los 60 días para avisarnos que apelará al Nivel 2. Si no proporcionamos una revisión de Nivel 1 de su reclamación denegada, tiene dos (2) años a partir de nuestro primer aviso de denegación para solicitar una apelación formal. Para ayudarnos a tomar una decisión sobre su apelación, usted o su proveedor también deben enviarnos cualquier información (que aún no nos hayan enviado) para mostrar por qué deberíamos autorizar el servicio solicitado o pagar la reclamación. Envíe su solicitud de apelación e información a:

Quality Management Department

P.O. Box 1860
Alpharetta, GA 30023
877-522-9156
Fax: 770-641-5389

Nuestro acuse de recibo: Tenemos cinco (5) días laborables luego de recibir su solicitud de una Apelación formal (“la fecha de recepción”) para enviarles a usted y al proveedor de tratamiento un aviso de que recibimos su solicitud.

Nuestra decisión: Para un servicio denegado que usted no ha recibido, tenemos 30 días a partir de la fecha de recepción para decidir si deberíamos modificar nuestra decisión y autorizar su servicio solicitado. Para reclamaciones denegadas, tenemos 60 días para decidir si deberíamos modificar nuestra decisión y pagar su reclamación. Les enviaremos a usted y a su proveedor de tratamiento nuestra

decisión por escrito. La decisión por escrito debe explicar los motivos de Nuestra decisión e indicarle a usted en qué documentos basamos Nuestra decisión.

Si denegamos su solicitud o reclamación: Tiene cuatro (4) meses para apelar al Nivel 3, revisión independiente externa.

Si le concedemos su solicitud: Autorizaremos el servicio o pagaremos la reclamación y la apelación ha finalizado.

Si referimos su caso al Nivel 3: Podemos decidir omitir el Nivel 2 y enviar su caso directo a un revisor independiente al Nivel 3.

Nivel 3: revisión independiente externa

Su solicitud: Puede apelar al Nivel 3 solo después de que haya apelado en los Niveles 1 y 2. Tiene cuatro (4) meses luego de recibir nuestra decisión de Nivel 2 para enviarnos su solicitud por escrito para una revisión independiente externa. Envíe su solicitud y la información de respaldo a:

Quality Management Department
P.O. Box 1860
Alpharetta, GA 30023
877-522-9156, Fax 770-641-5389

Ni Usted ni el proveedor de tratamiento serán responsables del costo de una Revisión Independiente Externa.

El proceso: Hay dos tipos de apelaciones de Nivel 3, según los problemas en su caso:

- (1) Necesidad médica: Estos son casos en los que hemos decidido no autorizar un servicio porque creemos que los servicios que usted (o su proveedor de tratamiento) solicita no son necesarios desde el punto de vista médico para tratar su problema. Para los casos de necesidad médica, el revisor independiente es un proveedor de una IRO externa contratada por el Departamento y sin conexión con nosotros. Para casos de necesidad médica, el revisor independiente debe ser un proveedor que habitualmente trate la enfermedad objeto de la revisión.
- (2) Cobertura del contrato: Estos son casos en los que hemos denegado la cobertura debido a que creemos que el servicio solicitado no se encuentra cubierto en virtud de su plan dental. Para casos de cobertura de contratos, el Departamento es el revisor independiente.

Casos de necesidad médica

Dentro de cinco (5) días hábiles luego de la recepción de su solicitud, debemos:

- Enviar un acuse de recibo por escrito de la solicitud al director, a Usted y al proveedor de tratamiento; y
- Enviar al director:
 - Su solicitud de revisión.
 - Su contrato del plan dental.
 - Evidencia de cobertura o documento similar.
 - Todos los registros médicos (dentales) y documentación respaldatoria correspondiente utilizados para tomar nuestra decisión.
 - Un resumen de todos los problemas aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión.
 - Los criterios utilizados y los motivos clínicos de nuestra decisión.
 - Las partes relevantes de nuestras guías de revisión de utilización.

Además, debemos incluir el nombre y las credenciales del proveedor de cuidado de la salud que revisó y mantuvo la denegación en los niveles de apelación anteriores.

Dentro de cinco (5) días de recibir nuestra información, el director debe enviar toda la información proporcionada a una IRO externa.

Dentro de los 21 días luego de la recepción de la información, la IRO debe tomar una decisión y enviarla al director.

Dentro de cinco (5) días laborables desde la recepción de la decisión de la IRO, el director debe enviar un aviso sobre la decisión a Nosotros, a Usted y al proveedor de tratamiento.

La decisión (necesidad médica): Si la IRO decide que debemos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, debemos autorizar el servicio o pagar la reclamación. Si la IRO está de acuerdo con nuestra decisión de denegar el servicio o el pago, la apelación ha finalizado. Su única opción es llevar su reclamación a un tribunal.

Casos de cobertura del contrato

Dentro de cinco (5) días hábiles luego de la recepción de su solicitud, debemos:

- Enviar un acuse de recibo por escrito de su solicitud al director, a usted y al proveedor de tratamiento; y
- Enviar al director:
 - Su solicitud de revisión.
 - Su contrato del plan dental.
 - Evidencia de cobertura o documento similar.
 - Todos los registros médicos y documentación respaldatoria correspondiente utilizados para tomar nuestra decisión.
 - Un resumen de todos los problemas aplicables, incluida una declaración de nuestra decisión.
 - Los criterios utilizados y cualquier motivo clínico de nuestra decisión.
 - Las partes relevantes de nuestras guías de revisión de utilización.

Dentro de quince (15) días hábiles luego de recibir esta información, el director debe determinar si el servicio o la reclamación están cubiertos, emitir una decisión y enviar un aviso para nosotros, para usted y para su proveedor de tratamiento. Si el director decide que deberíamos proporcionar el servicio o pagar la reclamación, debemos hacerlo.

Referido a la IRO para casos de cobertura del contrato: El director a veces no puede determinar asuntos de cobertura. Si esto sucede, el director reenviará su caso a una IRO. La IRO tendrá 21 días para tomar una decisión y enviarla a director. El director tendrá cinco (5) días hábiles desde la recepción de la decisión de la IRO para enviar la decisión a nosotros, a usted, y a su proveedor de tratamiento.

La decisión (cobertura del contrato): Si no está de acuerdo con la decisión final del director sobre un problema de cobertura, puede solicitar una audiencia con la Oficina de Audiencias Administrativas (“OAH”). Si no estamos de acuerdo con la determinación de los problemas de cobertura del director, también podemos solicitar una audiencia ante la OAH. Las audiencias deben solicitarse dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la determinación del problema de cobertura. La OAH tiene reglas que rigen la forma en que se llevan a cabo sus procedimientos de audiencia.

Obtener registros médicos (dentales)

La ley de Arizona (A.R.S. §12-2293) le permite solicitar una copia de Sus registros médicos. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe especificar quién desea que

reciba los registros. El proveedor de cuidado de la salud que tiene sus registros le proporcionará a usted o a la persona que usted especifique una copia de sus registros.

Persona designada para la toma de decisiones: Si tiene una persona designada para la toma de decisiones de cuidado de la salud, dicha persona debe enviar una solicitud por escrito para solicitar acceso o copias de sus registros médicos. Los registros médicos deben proporcionarse a su persona designada para la toma de decisiones de cuidado de la salud o una persona designada por escrito por su persona designada para la toma de decisiones de cuidado de la salud, a menos que usted limite el acceso a sus registros médicos a usted mismo o su persona designada para la toma de decisiones de cuidado de la salud.

Confidencialidad: Los registros médicos se mantienen confidenciales. Si participa en el proceso de apelación, las partes relevantes de sus registros médicos pueden divulgarse solamente a personas autorizadas a participar en el proceso de revisión para el estado clínico en revisión. Estas personas no pueden divulgar su información médica a ninguna otra persona.

Documentación para una apelación

Si decide presentar una apelación, debe proporcionarnos justificación material o documentación para la apelación en el momento en que presenta la apelación. Si recopila nueva información durante el transcurso de su apelación, debe proporcionarla tan pronto como la reciba. También debe darnos la dirección y el número de teléfono donde se lo pueda contactar. Si la apelación ya se encuentra en el Nivel 3, también debe enviar la información al Departamento.

La ley de Función del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona (A.R.S. §20-25433 (F)) exige que “cualquier miembro que presente una queja ante el Departamento en relación con una decisión adversa debe llevar a cabo el proceso de revisión indicado” por la ley. Esto significa que, para decisiones apelables, debe realizar el proceso de apelaciones de cuidado de la salud antes de que el director pueda investigar una queja que usted pueda tener contra nuestra compañía sobre la base de la decisión en cuestión en la apelación.

El proceso de apelación requiere que el director:

- Supervise el proceso de apelaciones.
- Mantenga copias de cada plan de revisión de utilización enviado por las aseguradoras.
- Reciba, procese y actúe en función de las solicitudes de una aseguradora de revisión independiente externa.
- Haga cumplir las decisiones de las aseguradoras.
- Revise las decisiones de las aseguradoras.
- Envíe informes a la legislatura.
- Envíe, cuando sea necesario, un registro de los procedimientos de una apelación a la corte o a la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH).
- Emita una decisión administrativa definitiva sobre problemas de cobertura, incluido el aviso sobre el derecho a solicitar una audiencia con la OAH.

Recepción de documentos

Cualquier aviso, acuse de recibo, solicitud, decisión u otros documentos escritos requeridos para enviar por correo postal se consideran recibidos por la persona a quien se dirige el documento al quinto día hábil después de su envío. "Dirección apropiada" significa su última dirección conocida.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN DE CUIDADO DE LA SALUD

*Puede utilizar este formulario para informarle a su aseguradora que desea apelar una decisión de denegación. Quality Management Department, P.O. Box 1860, Alpharetta, GA 30023
877-522-9156, Fax 770-641-5389*

Su nombre _____ Su n.º de ID _____

Nombre del representante que lleva a cabo la apelación, si difiere del anterior

Dirección postal _____ N.º de teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tipo de denegación: Reclamación denegada Servicio denegado aún no recibido

Nombre de la aseguradora que denegó la reclamación o el servicio: _____

Si va a apelar la decisión de su aseguradora de un servicio que aún no ha recibido, ¿una demora de 30 a 60 días en la recepción del servicio probablemente cause un cambio negativo en su salud?

Si la respuesta es "Sí", puede tener derecho a una apelación acelerada. Su proveedor de tratamiento debe firmar y enviar una certificación y documentación que respalde la necesidad de una apelación acelerada. ¿Qué decisión apelará?

(Explique lo que desea que autorice o pague su aseguradora).

Explique por qué cree que la reclamación o el servicio deberían estar cubiertos: _____

(Adjunte hojas de papel adicionales, si es necesario).

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelaciones o necesita ayuda para preparar su apelación, puede llamar al Departamento de Asistencia al Consumidor de Seguros al 602-364-2499 o al 800-325-2548 (llamada gratis en Arizona, fuera del área metropolitana de Phoenix), o a nosotros al 877-522-9156.

Asegúrese de incluir todo lo que muestre por qué cree que su aseguradora debería

cubrir la reclamación o autorizar el servicio, incluido lo siguiente:

Registros médicos Documentación respaldatoria correspondiente (carta de su médico, folletos, notas, recibos, etc.) **Además, incluya la certificación de su proveedor de tratamiento si está solicitando una revisión acelerada.

Su firma o la del representante autorizado

Fecha

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL
PROVEEDOR PARA REVISIONES
MÉDICAS ACELERADAS

(Usted y su proveedor deben usar este formulario cuando soliciten una apelación acelerada).

*Quality Management Department, P.O. Box 1860, Alpharetta, GA 30023
877-522-9156, Fax 770-641-538*

Un paciente a quien se le niega la autorización para un servicio cubierto tiene derecho a una apelación acelerada si el proveedor de tratamiento certifica y proporciona documentación respaldatoria correspondiente de que el periodo para el proceso de apelación estándar (alrededor de 60 días) “probablemente cause un cambio negativo significativo en el estado clínico en cuestión del paciente”.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Médico o proveedor de tratamiento _____
N.º de teléfono _____ N.º de fax _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ N.º de identificación del miembro _____
N.º de teléfono _____ N.º de fax _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA

Nombre de la aseguradora _____
N.º de teléfono _____ N.º de fax _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿La apelación es para un servicio que el paciente ya ha recibido? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, el paciente debe seguir el proceso de apelaciones estándar y no puede hacer uso del proceso de apelaciones aceleradas.

Si la respuesta es “No”, continúe con este formulario.

¿Qué denegación de servicio está apelando el paciente? _____

Explique por qué cree que el paciente necesita el servicio solicitado y por qué el tiempo para el proceso de apelación estándar afectará al paciente. _____

Adjunte hojas adicionales si es necesario, e incluya: *Registros médicos*

Documentación respaldatoria correspondiente

Si tiene preguntas acerca del proceso de apelaciones o necesita ayuda con esta certificación, puede llamar al número del Departamento de Asistencia al Consumidor de Seguros al 602-364-2499 o al 800-325-2548.

También puede llamarnos al 877-522-9156.

Certifico, como proveedor de tratamiento del paciente, que una demora en la atención del paciente por el periodo de tiempo para los procesos de reconsideración informal y de apelación formal (alrededor de 60 días) causaría un cambio negativo significativo en el estado clínico del paciente en cuestión.

Firma del proveedor _____ Fecha

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 (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 (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 (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 (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 (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 (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 (телетайп: 711). (Russian)

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

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 (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 (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 (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 (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 (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、(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: (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: (Persian Farsi) (TTY: 711).

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 (TTY: 711)। (Hindi)

คุณสามารถอ่านเอกสารนี้ได้หรือไม่? หากไม่ได้ เราสามารถหาคนมาช่วยคุณอ่านได้ นอกจากนี้ คุณยังสามารถรับเอกสารนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้อีกด้วย รับความช่วยเหลือฟรีได้โดยโทรไปที่ (TTY: 711) (Thai)

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 patrocinan 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).

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.

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.

- **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).

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, 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).