

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

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

**Nombre del plan:** DeltaCare® USA Children's Dental HMO para pequeñas empresas **Nombre del producto:** DeltaCare USA  
**Tipo de línea de productos:** DHMO **N.º de teléfono del plan:** 888-282-8528  
**Fecha de entrada en vigencia:** A partir del 01/01/24 **Sitio web del plan:** es.deltadentalins.com/hcx

**ESTA MATRIZ ESTÁ DISEÑADA PARA AYUDARLE A COMPARAR LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA Y LO QUE PAGARÁ USTED POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE ES SOLO UN RESUMEN Y NO INCLUYE LOS COSTOS DE PRIMAS DE ESTE PAQUETE DE BENEFICIOS DENTALES. CONSULTE SU EVIDENCIA DE COBERTURA Y CONTRATO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE COBERTURA. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SU COBERTURA, VISITE EL SITIO WEB DEL PLAN [es.deltadentalins.com/hcx](http://es.deltadentalins.com/hcx) O LLAME AL 888-282-8528**

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

### Parte II: DEDUCIBLES

<b>Deducible</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
Dental	Ninguno	No se aplica
Ortodoncia	Ninguno	No se aplica

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

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

Límites máximos	Dentro de la red	Fuera de la red
Límite máximo anual	Ninguno	No se aplica
Límite máximo de por vida o anual para ortodoncia	Ninguno	No se aplica

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

### Parte IV: PERIODOS DE ESPERA

**Periodos de espera:** Un periodo de espera es la cantidad de tiempo que debe pasar antes de ser elegible para recibir beneficios o servicios para todos o ciertos tratamientos dentales. **Su paquete de beneficios dentales no tiene periodos de espera.**

### Parte V: LO QUE USTED PAGARÁ

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

Procedimientos dentales comunes	Categoría	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones y exclusiones de beneficios
Examen bucal	Diagnóstico y prevención	\$0	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 por Dentista contratado</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Radiografía de mordida	Diagnóstico y prevención	\$0	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 por fecha de servicio</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>

<b>Procedimientos dentales comunes</b>	<b>Categoría</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	<b>Limitaciones y exclusiones de beneficios</b>
Empaste	Básico	\$30	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cada 12 meses por Dentista contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista contratado para dientes permanentes</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta	Básico	\$65	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin limitaciones ni exclusiones</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Conducto radicular	Básico	\$300	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin limitaciones ni exclusiones</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Limpieza de sarro y alisado radicular	Básico	\$55	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 por cuadrante en un periodo de 24 meses, mayores de 13 años</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Corona de cerámica	Mayor	\$300	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Dentadura postiza parcial extraíble	Mayor	\$335	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cada 60 meses</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
Extracción, diente erupcionado con extracción del hueso	Básico	\$120	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin limitaciones ni exclusiones</li> <li>• Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>

Ortodoncia	Ortodoncia	\$350	Sin cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulte el Formulario de divulgación para ver las limitaciones y exclusiones completas.</li> </ul>
------------	------------	-------	---------------	--

### **Parte VI: EJEMPLOS DE COBERTURA**

**ESTOS EJEMPLOS NO REPRESENTAN UNA ESTIMACIÓN DE COSTOS NI GARANTÍA DE PAGO.** Los ejemplos proporcionados

representan los servicios usados habitualmente en las categorías de Servicios de diagnóstico y prevención, básicos y mayores con fines ilustrativos, y para comparar este producto con otros productos dentales que pueda estar considerando. Es probable que sus costos reales sean diferentes de los que se muestran en el gráfico a continuación, dependiendo del cuidado real que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos de los costos compartidos (deducibles, copagos y coseguros) y en el resumen de servicios excluidos en virtud del plan.

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

<b>Visita de Dana</b>	<b>Costo de Dana</b>	<b>Visita de Sam</b>	<b>Costo de Sam</b>	<b>Visita de María</b>	<b>Costo de María</b>
Costo total del cuidado	Dentro de la red: <b>\$400</b>  Fuera de la red: <b>\$550</b>	Costo total del cuidado	Dentro de la red: <b>\$150</b>  Fuera de la red: <b>\$200</b>	Costo total del cuidado	Dentro de la red: <b>\$1,300</b>  Fuera de la red: <b>\$1,750</b>
Deducible	Dentro de la red: Ninguno  Fuera de la red: Sin cobertura	Deducible	Dentro de la red: Ninguno  Fuera de la red: Sin cobertura	Deducible	Dentro de la red: Ninguno  Fuera de la red: Sin cobertura

Límite máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red_ Ninguno  Fuera de la red: Sin cobertura	Límite máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red:_ Ninguno  Fuera de la red: Sin cobertura	Límite máximo anual (el plan pagará)	Dentro de la red:_ Ninguno  Fuera de la red: Sin cobertura
---	---	---	--	---	--

Visita de Dana	Costo de Dana	Visita de Sam	Costo de Sam	Visita de María	Costo de María
Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$0 Fuera de la red: Sin cobertura	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$30 Fuera de la red: Sin cobertura	Costo del paciente (copago o coseguro)	Dentro de la red: \$300 Fuera de la red: Sin cobertura
<b>En este ejemplo, Dana pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<b>Dentro de la red: \$0</b> <b>Fuera de la red: \$550</b>	<b>En este ejemplo, Sam pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<b>Dentro de la red: \$30</b> <b>Fuera de la red: \$200</b>	<b>En este ejemplo, María pagaría (incluye copagos/coseguro y deducible, si corresponde):</b>	<b>Dentro de la red: \$300</b> <b>Fuera de la red: \$1,750</b>
Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías: 1 serie cada 36 meses por dentista contratado</li> <li>• Examen: 1 por dentista contratado</li> <li>• Limpieza: 1 cada 6 meses</li> </ul>	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cada 12 meses por Dentista contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista contratado para dientes permanentes</li> </ul>	Resumen de lo que no está cubierto o está sujeto a una limitación:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años_</li> </ul>

Delta Dental of California  
560 Mission Street, Suite 1300  
San Francisco, California 94105  
888-282-8528

Contrato grupal de DeltaCare® USA para servicios dentales

## INTRODUCCIÓN

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

- El Titular del Contrato pagará al Mercado de seguros de salud o al administrador de terceros del Mercado de seguros de salud las Primas mensuales que se indican en el Anexo *Información del grupo*.
- Cuando el Titular del Contrato pague la Prima del primer mes, la vigencia del presente Contrato comenzará a las 12:01 a. m. Hora estándar en la fecha de entrada en vigencia que se muestra en el Anexo *Información del grupo*. La vigencia de este Contrato finalizará según lo indicado en este Contrato al final de la Vigencia del Contrato a las 12:00 a. m. Hora estándar.
- El Titular del Contrato le proporcionará a cada Empleado que elija la cobertura en virtud de este Contrato acceso electrónico a un *Formulario de divulgación y Evidencia de cobertura combinados* (“EOC”) que suministraremos nosotros. Proporcionaremos una copia impresa al Afiliado o al Titular del Contrato previa solicitud o si así lo exige el Mercado de seguros de salud. El Titular del Contrato también distribuirá a sus Empleados que elijan la cobertura en virtud del presente Contrato los avisos que nosotros enviemos que puedan afectar sus derechos en virtud del presente Contrato. Distribuiremos avisos al Titular del Contrato o a los Empleados según lo requiera el Mercado de seguros de salud.
- El Titular del Contrato proporcionará a cada Empleado acceso electrónico a un documento denominado Resumen de beneficios dentales y matriz de divulgación de cobertura (“SDBC”, por sus siglas en inglés) que suministraremos nosotros.
- Nuestros materiales de inscripción les informan a los Empleados que la EOC está disponible si lo solicitan, antes de la inscripción, poniéndose en contacto con nuestro servicio de Atención al Cliente. Se incluye una matriz que describe los Beneficios mayores y la cobertura de este Plan en la última página de la EOC (“Lista C”). La EOC revelará los términos y las condiciones de la cobertura, pero constituirá solo un resumen de este Plan.
- Como lo requiere el Código de Salud y Seguridad de California, este Contrato se debe consultar para determinar los términos y condiciones exactos de la cobertura provista. Se le proporcionará una copia del Contrato si lo solicita. Los Afiliados deben leer la EOC atentamente. Todo conflicto directo entre este Contrato y la EOC se resolverá de acuerdo con los términos que sean más favorables para el Afiliado.
- Las personas con necesidades especiales de cuidado de la salud deben leer la disposición “Necesidades Especiales de Cuidado de la Salud” de la EOC. De conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California, la EOC proporciona a los Afiliados información sobre los Beneficios sociales de la donación de órganos y el método mediante el cual un Afiliado puede elegir ser donante de órganos o tejidos. Los Afiliados también pueden obtener información acerca de los Beneficios llamando a nuestra línea de Atención al Cliente al 888-282-8528.

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

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

Delta Dental of California



Lic. Michael G. Hankinson  
Vicepresidente Ejecutivo, Director de Asuntos Jurídicos

# ÍNDICE

SECTION 1 - DEFINICIONES

SECTION 2 - OBLIGACIONES DE DELTA DENTAL

SECTION 3 - OBLIGACIONES DEL TITULAR DEL CONTRATO

SECTION 4 - RELACIÓN DE LAS PARTES

SECTION 5 - RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

SECTION 6 - DISPOSICIONES GENERALES

SECTION 7 - ANEXOS



## SECCIÓN 1: DEFINICIONES

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

- 1.01 **Contrato:** este acuerdo entre Delta Dental y el Titular del Contrato, que incluye la EOC y los Anexos. El presente Contrato constituye el acuerdo absoluto entre las partes.
- 1.02 **Plazo del contrato:** el periodo durante el cual este Contrato permanece en vigencia, según se establece en el Anexo *Información del grupo*.
- 1.03 **Fecha de elegibilidad:** la fecha en la que la elegibilidad de un Afiliado para Beneficios entra en vigencia en virtud de este Contrato.
- 1.04 **Prima:** los montos pagaderos según lo dispuesto en el Anexo *Información del grupo*.

## SECCIÓN 2: OBLIGACIONES DE DELTA DENTAL

- 2.01 Proporcionaremos los Beneficios indicados en las Listas adjuntas a la EOC, con sujeción a las limitaciones y exclusiones establecidas en las Listas que también se adjuntan a la EOC. Los Beneficios están disponibles para cada Afiliado en la Fecha de elegibilidad.

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

- 2.02 Ofreceremos a los Afiliados Dentistas Contratados en lugares convenientes durante el Plazo del contrato dentro del Área de servicio de Delta Dental en el estado de California. Después de la inscripción, asignaremos al Afiliado al centro de un Dentista Contratado. El Afiliado puede cambiar el centro de su Dentista Contratado asignado llamando a Atención al Cliente al 888-282-8528. Puede obtener una lista de los Dentistas Contratados, que está disponible para todos los Afiliados en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com). Cuando busque en línea un Dentista Contratado, seleccione la red de DeltaCare USA para tener la lista de Dentistas Contratados correspondiente a este Plan. Se debe solicitar el cambio antes del día 15 del mes para que entre en vigencia el primer día del mes siguiente.
- 2.03 Pagaremos las reclamaciones, menos cualquier Copago aplicable, por todos los Servicios especializados derivados por un Dentista Contratado y con Autorización previa de nosotros, tal como se describe en la EOC adjunta.
- 2.04 Al finalizar el Contrato de un Dentista Contratado, seremos responsables de los Beneficios para completar el tratamiento con respecto a los procedimientos únicos que se hayan iniciado antes de la finalización del Contrato. El Dentista Contratado cuyo Contrato finaliza completará: 1) una dentadura postiza parcial o completa para la que se hayan tomado impresiones finales y 2) todo el trabajo planificado en cada diente en el que se haya comenzado a trabajar (como por ejemplo, la finalización de un tratamiento de conductos radiculares en curso y la colocación de coronas cuando se hayan preparado los dientes).  
  
Si, por alguna razón, el Dentista Contratado no puede completar el tratamiento, implementaremos disposiciones razonables y apropiadas para que otro Dentista Contratado finalice dicho tratamiento.
- 2.05 En el caso de que cancelemos la inscripción, le devolveremos al Titular del Contrato la parte proporcional de las Primas que se nos hubiesen pagado correspondiente a cualquier periodo no vencido por el cual se haya recibido el pago, junto con cualquier cantidad adeudada por reclamaciones, si hubiera, menos cualquier cantidad que se nos adeude a nosotros. Esta disposición no se aplicará si el Afiliado comete fraude o

estafa para obtener Beneficios de nosotros, o intencionalmente permitió dicho fraude o estafa por parte de otra persona.

2.06 Nuestra aceptación de las Primas correspondientes después de la cancelación de este Contrato, sin necesidad de una nueva solicitud, reactivará este Contrato como si nunca se hubiese cancelado, a menos que nosotros, en un plazo de 20 días hábiles a partir de la recepción de dicho pago:

1) rechacemos el pago realizado, o 2) le emitamos al Titular del Contrato un nuevo Contrato acompañado de un aviso por escrito en el que se indiquen claramente los aspectos en los que el nuevo Contrato difiere de este Contrato terminado en materia de Beneficios, cobertura u otro aspecto.

### SECCIÓN 3: OBLIGACIONES DEL TITULAR DEL CONTRATO

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

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

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

3.02 El Titular del Contrato nos permitirá auditar los registros del Titular del Contrato para confirmar el cumplimiento de la Sección 3 y de la EOC adjunta. Notificaremos por escrito al Titular del Contrato en un plazo razonable antes de la fecha de la auditoría.

3.03 El Titular del Contrato remitirá al Mercado de seguros de salud o a su administrador de terceros la Prima por la cantidad y de la manera que se indican en el Anexo *Información del grupo*.

3.04 Si este Contrato se rescinde antes de la finalización de un Plazo del contrato, el Titular del Contrato pagará cargos adicionales de acuerdo con la Sección 5.

3.05 Este Contrato no entrará en vigencia hasta que recibamos las Primas del primer mes. Las Primas posteriores se pagarán el primer día de cada mes. Nosotros, nuestro administrador u otro representante autorizado realizarán las funciones administrativas necesarias para garantizar que la información de la Prima se mantenga en sus sistemas según se describe en la EOC adjunta y en esta sección. Administraremos el Periodo de gracia, los avisos y las quejas según se describe en la EOC adjunta. En caso de que este Contrato se rescinda al final del Periodo de gracia o por cualquier otro motivo, el Titular del Contrato enviará por correo de inmediato una copia fiel y legible de la rescisión a cada Afiliado. El Titular del Contrato deberá proporcionarnos constancia de dicho envío y la fecha de dicho envío.

## SECCIÓN 4: RELACIÓN DE LAS PARTES

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

## SECCIÓN 5: RENOVACIÓN Y TERMINACIÓN

- 5.01 El plazo inicial del presente Contrato será por el periodo establecido en el Anexo *Información del grupo*.
- 5.02 El Titular del Contrato recibirá información de renovación del Mercado de seguros de salud antes de cualquier periodo de inscripción abierta aplicable. Siempre que nosotros continuemos ofreciendo este Plan a través del Mercado de seguros de salud en el momento del periodo de renovación, el Titular del Contrato podrá optar por continuar ofreciendo cobertura en virtud de este Contrato a los Afiliados elegibles, sujeto a la Prima aplicable disponible a través del Mercado de seguros de salud para este Contrato en el momento de la renovación. Deberá consultar las pautas del Mercado de seguros de salud en lo que respecta a la renovación automática de la cobertura.
- Siempre que el Titular del Contrato continúe permitiendo que los Empleados elijan cobertura con nosotros a través de este Contrato, y siempre que nosotros continuemos ofreciendo este Plan a través del Mercado de seguros de salud, los Empleados podrían no tener que hacer una elección a través del Mercado de seguros

de salud en los Periodos de inscripción abierta posteriores para continuar con la cobertura.

- 5.03 En el caso de que perdamos la certificación del Mercado de seguros de salud, debemos dar por terminada la cobertura para los Afiliados solo después de que el Mercado de seguros de salud haya notificado a los Afiliados acerca del retiro de la certificación y los Afiliados afectados tengan la oportunidad de elegir una nueva cobertura.
- 5.04 Este Contrato podrá ser rescindido únicamente por las siguientes causas:
- Por el Titular del Contrato o por nosotros, en la fecha de vencimiento del Plazo del Contrato, previo aviso por escrito con 60 días de antelación.
  - Por nosotros, si no se pagan las Primas el último día del Periodo de gracia o antes. Consulte la disposición “Cancelación de la inscripción por falta de pago de la prima” en la EOC adjunta.
- 5.05 Administraremos el Periodo de gracia, los avisos y las quejas según se describe en la EOC adjunta.
- 5.06 Todos los Beneficios terminarán para cualquier Afiliado a partir de la fecha en la que finalice este Contrato, dicha persona deje de ser elegible en virtud de los términos de este Contrato o se cancele la inscripción de dicha persona en virtud de este Contrato. No estaremos obligados a continuar brindando Beneficios a dicha persona en tal caso, excepto la finalización de procedimientos únicos iniciados mientras este Contrato estaba en vigencia.
- 5.07 Cualquier cancelación se encuentra sujeta a los requisitos de notificación por escrito estipulados en el Contrato y en la ley de California. Un Afiliado o Titular del Contrato que crea que la cobertura ha sido o será cancelada, rescindida o no renovada indebidamente tiene derecho a presentar una queja al menos 180 días después de la fecha del aviso que el Titular del Contrato alega que es inapropiado ante nosotros o ante el DMHC. Les comunicaremos al Afiliado o al Titular del Contrato y al DMHC una resolución o les informaremos sobre el estado pendiente de la queja dentro de los tres (3) días calendario de la recepción de la queja por parte de nosotros.

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

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

Puede enviar sus quejas en línea en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com), o llamar al 888-282-8528 o escribir a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## SECCIÓN 6: DISPOSICIONES GENERALES

- 6.01 **Integridad del contrato; cambios.** El presente Contrato, incluidos la EOC y los Anexos, constituye el acuerdo íntegro entre las partes. Ningún agente tiene autoridad para cambiar este Contrato o renunciar a cualquiera de sus disposiciones. Ningún cambio en este Contrato será válido, a menos que lo apruebe nuestro oficial ejecutivo.
- 6.02 **Conformidad con las leyes aplicables.** Todas las cuestiones legales acerca de este Contrato se regirán por el estado de California donde se celebró y se ejecutará este Contrato. Cualquier parte de este Contrato que entre en conflicto con las leyes de California, específicamente el Capítulo 2.2 de la División 2 del Código de Salud y Seguridad de California y el Capítulo 1 de la División 1, del Título 28 del Código de Regulaciones de California o la ley federal, se enmienda por la presente para cumplir con los requisitos mínimos de dichas leyes. Cualquier disposición que deba formar parte de este Contrato según lo mencionado anteriormente será vinculante para nosotros, independientemente de si se incluyó o no en este Contrato.
- 6.03 **Carácter no sustitutivo de la indemnización por accidentes de trabajo.** Este Contrato no reemplaza ni afecta ningún requisito de cobertura del seguro de compensación para trabajadores.
- 6.04 **EOC.** Proporcionaremos al Titular del Contrato acceso electrónico a una EOC que resuma los Beneficios a los que tienen derecho los Afiliados y a quién se pagan los Beneficios. El Titular del Contrato proporcionará acceso a la EOC a cada Empleado que elija la cobertura en virtud de este Contrato. También proporcionaremos una copia impresa al Afiliado o al Titular del Contrato previa solicitud o si así lo exige el Mercado de seguros de salud. La EOC no se puede ceder y los Beneficios no se pueden ceder antes de una reclamación. Si cualquier enmienda a este Contrato afectara sustancialmente a cualquier Beneficio descrito en la EOC, se emitirá una nueva EOC o una enmienda que muestre el cambio.
- 6.05 **SDBC.** El Titular del Contrato proporcionará a cada Empleado acceso electrónico a un SDBC proporcionado por nosotros.
- 6.06 **Publicaciones acerca del plan.** El Titular del Contrato y Delta Dental acuerdan consultarse con respecto a todo el material publicado o distribuido acerca de este

Contrato, según sea razonablemente práctico. No se publicará ni distribuirá ningún material que entre en conflicto con los términos de este Contrato.

- 6.07 **Avisos.** Todos los avisos formales en virtud de este Contrato deben realizarse por escrito y enviarse por correo electrónico, fax, correo de primera clase de Estados Unidos, servicio de entrega al día siguiente o entrega personal. La notificación por correo de los Estados Unidos entrará en vigencia 48 horas después del envío con franqueo prepago completo.

El Titular del Contrato designará por escrito a un representante a los efectos de recibir avisos de nuestra parte en virtud del presente Contrato. El Titular del Contrato puede cambiar de representante en cualquier momento notificándonoslo por escrito con 30 días de antelación. El representante del Titular del Contrato distribuirá los avisos a los Afiliados en un plazo de 30 días a partir de su recepción.

- 6.08 **Indisputabilidad.** Después de que este Contrato haya estado en vigencia durante tres (3) años a partir de la fecha de entrada en vigencia, no se utilizará ninguna declaración del Titular del Contrato para anularlo. No se utilizará ninguna declaración por parte de un Empleado con respecto a la asegurabilidad del Afiliado para reducir o denegar una reclamación o impugnar la validez del seguro para dicho Afiliado después de que la cobertura de esa persona haya estado en vigencia durante tres (3) años o más durante toda la vida del Afiliado.

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

- 6.09 **Cumplimiento de las reglas de simplificación administrativa, seguridad y privacidad.** El Titular del Contrato y Delta Dental cumplirán, en todo aspecto, con todas las leyes y reglamentaciones federales, estatales y locales aplicables en materia de simplificación administrativa, seguridad y privacidad de la información individual identificable del Afiliado, incluida la celebración de un Acuerdo de Asociación Comercial conforme lo exige la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud de 1996 ("HIPPA", por sus siglas en inglés). El Titular del Contrato y Delta Dental acuerdan que el presente Contrato incorporará los términos que sean necesarios y aplicables para celebrar los acuerdos requeridos (es decir, el acuerdo de asociación comercial) para cumplir con las reglamentaciones federales emitidas en virtud de la HIPAA y de la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Economía y la Salud Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés) o para cumplir con cualquier otra ley o reglamentación que se haya promulgado en materia de simplificación administrativa, seguridad o privacidad.

- 6.10 **Administrador Externo ("TPA", por sus siglas en inglés).** Podemos usar los servicios de un TPA que esté registrado apropiadamente conforme a las leyes estatales aplicables, para que brinde servicios en virtud de este Contrato. Todo TPA que brinde dichos servicios o reciba dicha información celebrará un Acuerdo de Asociación Comercial independiente con nosotros en el que se establezca que el TPA cumple con los requisitos de la HIPAA y de la HITECH para la preservación de la información de la salud protegida de los Afiliados. Todos los avisos formales en virtud de este Contrato deben realizarse por escrito y enviarse por correo electrónico, fax, correo de primera clase de Estados Unidos, servicio de entrega al día siguiente o entrega personal. La notificación por correo de los Estados Unidos entrará en vigencia 48 horas después del envío con franqueo prepago completo.

El Titular del Contrato designará por escrito a un representante a los efectos de recibir avisos de nuestra parte en virtud del presente Contrato. El Titular del Contrato puede cambiar de representante en cualquier momento notificándonoslo por escrito con 30 días de antelación. El representante del Titular del Contrato distribuirá los avisos a los Afiliados en un plazo de 30 días a partir de su recepción.

- 6.11 **Confidencialidad mutua.** El Titular del Contrato y Delta Dental acuerdan mantener la información confidencial utilizando el mismo grado de cuidado (que no será menos que un cuidado razonable) que cada uno de ellos utiliza para proteger su propia información confidencial de naturaleza similar, y se obligan a utilizar la información confidencial solo para fines específicos. La información confidencial incluye cualquier información que el propietario considere confidencial, ya sea marcada como confidencial o claramente identificable como confidencial, e incluye información no conocida de forma general por el público o por partes que son competitivas con o de otro modo en un sector, comercio o negocio similar al propietario de la información confidencial. El destinatario de la información confidencial notificará al propietario de cualquier divulgación no autorizada o violación de la confidencialidad lo antes posible tras su descubrimiento y sin demora injustificada.
- 6.12 **Marcas comerciales; marcas de servicio.** A menos que se permita específicamente en este Contrato, ninguna de las partes utilizará el nombre, las marcas comerciales, las marcas de servicio u otra marca de propiedad de la otra parte sin la aprobación previa por escrito de la otra parte.

## **SECCIÓN 7: ANEXOS**

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

- **INFORMACIÓN DEL GRUPO**
- **EOC (PGE-CA-dc-24)**

## INFORMACIÓN DEL GRUPO

**Titular del contrato:**

**Fecha de entrada en vigencia:**

**Plazo del contrato:**

**Número del grupo:**

**Pago de la prima:**

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

**Prima mensual:**



## DeltaCare USA HMO dental infantil para pequeñas empresas

Nombre del grupo

N.º de grupo

Fecha de entrada en vigencia

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

***Proporcionado por:***

Delta Dental of California  
560 Mission Street, Suite 1300  
San Francisco, California 94105  
888-282-8528 (TTY: 711)  
[es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)

***Administrado por:***

Delta Dental Insurance Company  
P.O. Box 1803  
Alpharetta, GA 30023-1803  
888-282-8528 (TTY: 711)  
[es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)

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

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

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

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

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
DEFINICIONES .....	4
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	7
CANCELACIÓN DE LA COBERTURA REALIZADA POR USTED .....	7
CANCELACIÓN, RESCISIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA COBERTURA DE PARTE NUESTRA .....	7
PANORAMA GENERAL DE LOS BENEFICIOS DENTALES .....	11
CÓMO UTILIZAR EL PLAN DELTACARE USA/ELECCIÓN DE UN DENTISTA CONTRATADO.....	13
PROCEDIMIENTO DE QUEJAS DEL AFILIADO .....	17
DISPOSICIONES GENERALES .....	19
ANEXOS:	
LISTA A: DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS Y COPAGOS PARA BENEFICIOS PEDIÁTRICOS	
LISTA B: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DE LOS BENEFICIOS PARA BENEFICIOS PEDIÁTRICOS	
LISTA C - INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DEL PLAN DE DELTACARE USA	

## INTRODUCCIÓN

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

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

La elegibilidad en virtud de este Plan la determina su empleador y se define en la siguiente sección:

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

### Uso de esta EOC

Esta EOC, incluidos los Anexos, contiene los términos y las condiciones de su cobertura y está diseñada para ayudarlo a aprovechar su plan dental al máximo. Lo ayudará a comprender cómo funciona este Plan y cómo obtener cuidado dental.

Lea esta EOC con atención y en su totalidad. Recuerde que las palabras “usted” y “su” hacen referencia a las personas que tienen cobertura en virtud de este Plan. “Nosotros”, “nos” y “nuestro” siempre se refieren a Delta Dental o a Nuestro administrador. Lea también la sección “Definiciones” ya que en ella se explican todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos. Las personas con Necesidades especiales de cuidado de la salud deben leer la disposición “Necesidades especiales de cuidado de la salud”.

### Solicitud de comunicaciones confidenciales

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

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

**Número de identificación:** debe proporcionar su número de identificación (“ID”) a su dentista de DeltaCare USA cada vez que reciba servicios dentales. No se requieren tarjetas de identificación, pero puede obtener una visitando nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

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

**Contáctenos:** para obtener más información, visite nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com) o llame a nuestra línea de Atención al Cliente al **888-282-8528**. Un representante puede ayudarlo si necesita que le respondan preguntas acerca de su plan, que le expliquen los Beneficios, encontrar un Dentista Contratado, servicios de asistencia en otros idiomas o presentar una queja. Si prefiere escribirnos, comuníquese por correo a:

Atención al cliente DeltaCare USA  
P.O. Box 1803  
Alpharetta, GA 30023-1803



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

## DEFINICIONES

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

**Administrador:** Delta Dental Insurance Company o cualquier otra entidad designada por Delta Dental, que actúe como administrador en el estado de California. Ciertas funciones descritas en esta EOC pueden ser realizadas por el Administrador designado por Delta Dental. La dirección de correo postal del administrador es P.O. Box 1803, Alpharetta, Georgia 30023-1803. El administrador responderá las llamadas que se realicen al **888-282-8528**. También se lo denomina “Administrador de Terceros” o “Administrador Externo” (“TPA”, por sus siglas en inglés).

**Autorización:** el proceso mediante el cual determinamos si un procedimiento o tratamiento es un Beneficio al que se puede derivar a los Afiliados cubiertos en virtud de este Plan.

**Beneficios:** los servicios dentales cubiertos que se proporcionan a los Afiliados conforme a los términos del Contrato y según se describe en esta EOC.

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

**Año calendario:** los 12 meses del año desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

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

**Dentista Contratado:** 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.

**Ortodoncista Contratado:** dentista de DeltaCare USA que se especializa en ortodoncia y que ha aceptado brindar Beneficios a los Afiliados que tienen cobertura en virtud de este Plan que cubre servicio de ortodoncia necesario desde el punto de vista médico. Los servicios obtenidos de un Ortodoncista Contratado deben ser referidos por Su Dentista Contratado.

**Especialista Contratado:** dentista de DeltaCare USA que presta Servicios especializados y que aceptó brindar Beneficios a los Afiliados cubiertos en virtud de este Plan. Los servicios obtenidos de un Especialista Contratado deben ser referidos por Su Dentista Contratado.

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

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

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

**Copago:** la cantidad indicada en la *Lista A* adjunta a esta EOC que un Dentista Contratado, un Ortodoncista Contratado o un Especialista Contratado le cobran a un Afiliado por los Beneficios cubiertos en virtud de este Plan. Los copagos deben pagarse en el momento en el que se reciba el tratamiento.

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

**Dentista:** 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 incluye a una asociación dental, una corporación profesional dental o una clínica dental.

**Departamento de Atención Médica Administrada:** departamento de la Agencia de Salud y Servicios Humanos de California que tiene a su cargo la regulación de los planes de servicios

del cuidado de la salud especializados. También se denomina “Departamento” o “DMHC” (Department of Managed Health Care).

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

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

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

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

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

**Empleado:** persona empleada por el Titular del Contrato que ha elegido cobertura para Afiliados Pediátricos elegibles como se describe en esta EOC.

**Afiliado:** Individuo Pediátrico Elegible (“Afiliado Pediátrico”) inscrito para recibir Beneficios en virtud de este Plan.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Que no es de la red:** tratamiento realizado por un Dentista que no ha firmado un contrato con nosotros para brindar Beneficios a los Afiliados cubiertos en virtud de los términos del Contrato.

**Límite máximo de los gastos de bolsillo (“OOPM”, por sus siglas en inglés):** la cantidad máxima que debe pagar un Afiliado Pediátrico por los Beneficios durante el Año del contrato. Consulte la *Lista A* que se anexa a esta EOC para conocer los detalles.

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

**Cambio de estado que califica:**

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

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

**Necesidad especial de cuidado de la salud:** una enfermedad, limitación o incapacidad física o mental que interfiere considerablemente con la capacidad del Afiliado para obtener Beneficios. Entre los ejemplos de una Necesidad especial de cuidado de la salud se encuentran: 1) la incapacidad del Afiliado de acceder al centro del Dentista Contratado asignado debido a una discapacidad física; o 2) la incapacidad del Afiliado de cumplir con las indicaciones del Dentista Contratado durante el examen o el tratamiento debido a una discapacidad física o a una incapacidad mental.

**Servicios especializados:** servicios proporcionados por un Dentista que se especializa en la práctica de cirugía bucal, endodoncia, periodoncia, ortodoncia (si es necesaria desde el punto de vista médico) u odontología pediátrica. Los Servicios especializados deben ser autorizados por Nosotros.

**Cónyuge:** la pareja doméstica del Empleado o una persona relacionada con éste:

- según se defina y según sea necesario tratar como Cónyuge conforme a las leyes del estado en el que se emita y se entregue este Contrato;
- según se defina y según sea necesario tratar como cónyuge conforme a las leyes del estado donde viva el Empleado; o
- según pueda reconocerlo el Titular del Contrato.

**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).

**Tratamiento en curso:** todo procedimiento único, según se define en el Código del nomenclador dental actual (CDT, por sus siglas en inglés) que haya sido iniciado mientras el Afiliado era elegible para recibir Beneficios y que requiere varias citas para completar el procedimiento único, 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.

**Servicios dentales de emergencia:** los servicios necesarios desde el punto de vista médico

para una enfermedad que necesita atención dental inmediata pero que no es una Enfermedad dental de emergencia.

**Periodo de espera (si corresponde):** la cantidad de tiempo que un Afiliado debe estar inscrito en virtud del Contrato para que determinados servicios tengan cobertura.

**Nosotros, nos y nuestro:** Delta Dental o nuestro administrador, según corresponda.

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

## ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

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

Esta EOC incluye Beneficios pediátricos.

### Requisitos de elegibilidad para los Beneficios pediátricos

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

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

### Inscripción

Es posible que se le pida que contribuya con el costo de la cobertura para los Afiliados Pediátricos. El Mercado de seguros de salud es responsable de establecer la Fecha de entrada en vigencia de la inscripción del Afiliado.

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

## CANCELACIÓN DE LA COBERTURA REALIZADA POR USTED

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

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

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

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

#### Periodo de gracia

Podremos cancelar el Contrato después de enviar un aviso por escrito al Titular del Contrato si las Primas, o una parte de las Primas, no están pagadas antes de la fecha de vencimiento después de que se haya facturado el cargo. Proporcionaremos un Aviso del inicio del Periodo de gracia al Titular del Contrato en el que se indique que una mora en el pago ha activado un

Periodo de gracia de 30 días a partir del día en que se produce el Aviso del inicio del Periodo de gracia. El Titular del Contrato le enviará o pondrá a disposición una copia de este aviso de inmediato. Su cobertura continuará vigente durante el Periodo de gracia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puede enviarla en línea si ingresa a [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com), llama al **888-282-8528** o escribe a:



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

Es posible que desee enviarnos su reclamación primero si cree que su cancelación, rescisión o no renovación es resultado de un error. Las reclamaciones deben enviarse lo antes posible.

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

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

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

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

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

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

## **Reactivación de la Cobertura**

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

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

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

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

- Si la cobertura se reactiva en el mismo año contractual, la cobertura se reanuda como si el empleado nunca hubiera desaparecido.
- Si la cobertura se reactiva en un año del Contrato diferente, se iniciará de nuevo cualquier límite máximo de los gastos de bolsillo aplicable a sus Beneficios.
- Si el Empleado es recontratado dentro del mismo Año del contrato, la cobertura se reanuda como si el Empleado nunca se hubiese ido.

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

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

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

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

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

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

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

COBRA, por sus siglas en inglés, (Ley Integral Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985) proporciona al Empleado la posibilidad de continuar su cobertura por un periodo de tiempo si este pierde una cobertura que fue obtenida por medio de su plan de salud grupal patrocinado por el empleador. La COBRA no se aplica a todas las empresas, solo a las que cumplen con ciertas pautas de dimensión. Póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos para obtener información más detallada.

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

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

Los Afiliados dependientes que pierden la cobertura médica grupal patrocinada por el empleador (“Beneficiario Calificado”) deben continuar con la cobertura durante un periodo de tiempo. Aceptamos proporcionar los Beneficios a los Afiliados que opten por la cobertura continua de conformidad con esta sección, siempre que:

- se exija ofrecer la continuación de la cobertura conforme a Cal-COBRA;
- el Titular del Contrato nos notifique por escrito sobre cualquier Empleado que tenga un evento que califica dentro de los 30 días del evento que califica;
- el Titular del Contrato nos notifique por escrito sobre cualquier Beneficiario Calificado que esté recibiendo actualmente la continuación de la cobertura de un plan anterior;
- el Titular del Contrato notifique a los Beneficiarios Calificados que actualmente reciben cobertura de continuación en virtud de otro plan, de la posibilidad de que el Beneficiario Calificado continúe la cobertura en virtud de nuestro nuevo plan de beneficios grupal durante el resto del periodo en que el Beneficiario Calificado sea elegible para la continuación de la cobertura. Este aviso se hará 30 días antes de la cancelación o cuando se notifique a todos los Empleados inscritos, lo que ocurra más tarde;
- el Titular del Contrato notifique al Beneficiario Calificado acerca de la posibilidad de elegir cobertura en virtud del nuevo plan dental del Titular del Contrato, si el Titular del Contrato cancela el Contrato y nos reemplaza con otro plan dental. Dicho aviso se hará 30 días antes de la cancelación de nuestra cobertura o cuando se notifique a los Afiliados;
- el Beneficiario Calificado solicita la continuación de cobertura dentro del plazo permitido;
- recibamos la prima requerida para la continuación de la cobertura, y
- el Contrato sigue vigente.

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

## **PANORAMA GENERAL DE LOS BENEFICIOS DENTALES**

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

### **¿Qué es el plan DeltaCare USA?**

El plan DeltaCare USA proporciona Beneficios pediátricos por medio de una red conveniente de Dentistas Contratados que utilizan la red de DeltaCare USA dentro del área de servicio de Delta Dental en el estado de California. La red de DeltaCare USA está compuesta por profesionales dentales establecidos que han sido seleccionados para garantizar que se mantengan nuestros estándares de calidad, de acceso y de seguridad. Cuando visite al Dentista Contratado que se le asignó, solo debe pagar el copago correspondiente por los Beneficios. No existen deducibles, límites máximos de por vida ni formularios de reclamación.

### **Beneficios, limitaciones y exclusiones**

El plan DeltaCare USA proporciona los Beneficios descritos en las Listas adjuntas esta EOC. A excepción de los Servicios Dentales de Emergencia, Servicios especializados Autorizados y Servicios dentales de emergencia, los Beneficios están disponibles únicamente en el estado de California. Los servicios se prestan según el Dentista Contratado asignado los considere apropiados.

### **Copagos y otros cargos**

Usted debe pagar los Copagos detallados en la *Lista A* que se adjunta a esta EOC. Los Copagos se pagan directamente al Dentista de DeltaCare USA que lleva a cabo el tratamiento.

En caso de que no podamos pagar a un dentista de DeltaCare USA, usted no será responsable de pagar a dicho dentista de DeltaCare USA ninguna cantidad que nosotros le debamos. Por ley, el acuerdo con el dentista de DeltaCare USA incluye una disposición que prohíbe que un dentista de DeltaCare USA le cobre a usted cualquier cantidad que nosotros le debamos. A excepción de los Servicios Dentales de Emergencia, Servicios especializados Autorizados y Servicios dentales de emergencia, si recibe tratamiento por parte de un dentista que no es de la red y nosotros no pagamos a dicho dentista que no es de la red, es posible que usted sea responsable ante ese dentista que no es de la red por el costo de los servicios que reciba. Para mayor aclaración, consulte las disposiciones “Servicios Dentales de Emergencia”, “Servicios dentales de emergencia” y “Servicios especializados” en esta EOC.

Recomendamos que lleve un registro de los pagos por Beneficios pediátricos. Sin embargo, puede solicitarnos en cualquier momento el saldo devengado actualizado de su OOPM. Si desea solicitar esta información, llámenos al **888-282-8528**. La enviaremos por correo postal a la dirección que tenemos registrada, a menos que usted opte por recibirla de forma electrónica.

### **Servicios no cubiertos:**

**IMPORTANTE:** Si elige recibir servicios dentales que no son servicios cubiertos por este Plan, es posible que el Dentista le cobre su tarifa regular y habitual por los servicios. Antes de prestarle servicios dentales que no son Beneficios cubiertos, el Dentista debe proporcionarle un plan de tratamiento que incluya los servicios que se van a proporcionar y el costo estimado de cada uno. Si desea obtener más información acerca de sus opciones de cobertura dental, puede llamar a Atención al Cliente al **888-282-8528**. Para comprender totalmente su cobertura, le aconsejamos que revise en detalle esta EOC.

### **Coordinación de Beneficios**

Coordinamos los Beneficios de esta EOC con los beneficios cubiertos que tenga con otro plan grupal prepagado o en virtud de otra póliza de seguro para que se integren totalmente con otros planes. Si este Plan es el plan “principal”, no reduciremos los Beneficios, pero si este

Plan es el plan “secundario”, determinaremos los Beneficios después de los del plan principal y pagaremos la menor de las cantidades que pagaríamos en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales o el total de gastos directos del Afiliado en virtud del plan principal para los Beneficios cubiertos en esta EOC.

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

- (1) El plan que cubre al Afiliado como empleado predomina sobre un plan que cubre al Afiliado como dependiente.
- (2) El plan que cubre al Afiliado como empleado predomina sobre un plan que cubre a la persona asegurada como dependiente, pero si la persona asegurada también es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la regla establecida por el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones vigentes, Medicare es:
  - a) secundario al plan que cubre a la persona asegurada como dependiente, y
  - b) primario al plan que cubre a la persona asegurada como no dependiente (p. ej., empleado jubilado), entonces los beneficios del plan que cubre a la persona asegurada como dependiente se determinan antes que los beneficios del plan que cubre a la persona asegurada como no dependiente.
- (3) Con la excepción de lo que se establece en el párrafo (4), cuando este plan y otro plan cubren al mismo hijo como dependiente de diferentes personas, llamadas padres:
  - a) Los beneficios del plan del padre o de la madre cuya fecha de nacimiento sea anterior en un año se determinan antes de los del plan del padre o de la madre cuya fecha de nacimiento sea posterior en ese año.
  - b) No obstante, si ambos padres cumplen años el mismo día, los beneficios del plan que cubre a uno de los padres durante un periodo más prolongado se determinan antes que los del plan que cubre al otro durante un periodo más corto.
  - c) Sin embargo, si el otro plan no cuenta con la regla de la fecha de nacimiento descrita anteriormente, pero en su lugar cuenta con una regla basada en el género, y si, como resultado, los planes no concuerdan en el orden de los beneficios, la regla del otro plan determina el orden de los beneficios.
- (4) En el caso de un hijo dependiente de padres divorciados o separados legalmente, el plan que cubre al Afiliado como dependiente del padre o de la madre que posee la tutela legal, o como dependiente del cónyuge de quien posee la tutela (es decir, el padrastro o la madrastra) predominará sobre el plan que cubre al Afiliado como dependiente del padre o de la madre que no tiene la tutela legal. Si existe una sentencia judicial que establezca responsabilidad financiera por los gastos de cuidado de la salud del hijo, los beneficios de un plan que cubra al hijo como dependiente del padre o madre con responsabilidad financiera se determinarán antes que los beneficios de cualquier otra póliza que cubra al hijo como un hijo dependiente.
- (5) Si los términos específicos de una sentencia establecen que los padres compartirán la tutela conjunta, sin especificar que uno de ellos es responsable de los gastos del cuidado de la salud del hijo, los planes que cubran al hijo seguirán las reglas de orden para la determinación de beneficios descritas en el párrafo (3).
- (6) Los beneficios de un plan que cubre a una persona asegurada como empleado que no ha sido despedido ni está jubilado se determinan antes que los de un plan que cubre a esa persona asegurada como empleado despedido o jubilado. Lo mismo sucedería si una persona asegurada es un dependiente de una persona cubierta como jubilado o empleado. Si el otro plan no tiene esta regla y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de los Beneficios, esta regla (6) se ignora.
- (7) Si una persona asegurada cuya cobertura se brinda a través de un derecho de continuación conforme a la ley federal o estatal también está cubierta en virtud de otro plan, se aplicará el siguiente orden para la determinación de los beneficios:
  - a) Primero, los beneficios de un plan que cubre a la persona asegurada como empleado (o como dependiente de la persona asegurada).

- b) Segundo, los beneficios de la cobertura de continuación.
  - c) Si el otro plan no posee la regla descrita anteriormente y si, en consecuencia, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla (7) se ignora.
- (8) Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, los beneficios del plan que cubre a un empleado por más tiempo se determinan antes que los beneficios del plan que cubre a dicho asegurado por un periodo más corto.
- (9) Cuando no pueda hacerse una determinación de acuerdo con lo anterior para los Beneficios pediátricos, los beneficios de un plan médico que cubre servicios dentales como beneficios predominarán sobre un plan únicamente dental.

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

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER CÓMO OBTENER SERVICIOS DENTALES. SU DENTISTA CONTRATADO ASIGNADO DEBE BRINDARLE BENEFICIOS DENTALES (O DEBE DERIVARLO A SERVICIOS ESPECIALIZADOS).**

Le ofreceremos Dentistas Contratados en lugares convenientes dentro del área de servicio de Delta Dental en el estado de California durante el Plazo del contrato. Después de la inscripción, lo asignaremos al centro de un Dentista Contratado. Puede solicitar cambios en el centro de su Dentista Contratado asignado llamando a Atención al Cliente al **888-282-8528**. Puede obtener una lista de los Dentistas Contratados, que está disponible para todos los Afiliados en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com). Cuando busque en línea un Dentista Contratado, seleccione la red de DeltaCare USA para asegurarse de tener la lista de Dentistas Contratados correspondiente a su plan. Se debe solicitar su cambio antes del día 15 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) un centro asignado solicita, por una buena causa, que usted sea reasignado a otro centro de Dentistas Contratados.

Todo Tratamiento en curso deberá completarse antes de que Usted cambie de centro de Dentistas Contratados. Por ejemplo, esto incluiría 1) dentaduras postizas parciales o completas para las que se hayan tomado las impresiones finales, 2) finalización de conductos radiculares en curso y 3) entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes.

Todos los Beneficios deben proporcionarse en el centro de su Dentista Contratado asignado. Los Servicios especializados obtenidos de un Ortodoncista Contratado o de un Especialista Contratado deben ser derivados por su Dentista Contratado. A excepción de los Servicios Dentales de Emergencia, los Servicios dentales de emergencia y los Servicios especializados autorizados, este Plan no cubre los servicios recibidos de Dentistas que No Son de la Red. Nosotros pagaremos todas las reclamaciones de Servicios especializados autorizados, menos los Copagos correspondientes.

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, su Dentista Contratado no puede completar el tratamiento, implementaremos las disposiciones razonables y apropiadas para que otro Dentista Contratado finalice dicho tratamiento. Le enviaremos un aviso por escrito con la antelación razonable en el caso de que usted se vea afectado de manera negativa o considerable por dicha terminación, el incumplimiento del contrato o la incapacidad del Dentista Contratado de prestar los servicios.

### **Continuidad de la atención**

Si usted es un Afiliado vigente, puede tener derecho a finalizar el cuidado en virtud de este Plan con Su Dentista que ya no está contratado para determinadas enfermedades dentales especificadas. Si usted es un Afiliado nuevo, puede tener derecho a que se complete la atención en virtud de este Plan con su Dentista que No es de la Red para determinadas

enfermedades dentales especificadas. Debe presentar una solicitud específica para obtener el Beneficio de finalización de cuidado. Para presentar una solicitud, llame a nuestra línea de Atención al Cliente al **888-282-8528**. También puede ponerse en contacto con Nosotros para solicitar una copia de Nuestra *Política sobre la continuidad de la atención*. No tenemos la obligación de continuar su atención con el Dentista si usted no es elegible de conformidad con este Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con el Dentista que no es de la Red o con el Dentista Contratado que dejó de serlo con respecto a los términos de la atención del Afiliado de conformidad con la ley de California.

### **Servicios dentales de emergencia**

Los Servicios dentales de emergencia corresponden al alivio paliativo, al control del dolor dental o a la estabilización de la enfermedad del Afiliado. El centro de su Dentista Contratado asignado mantiene un sistema de servicios dentales de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana. Si Usted tiene una Enfermedad dental de emergencia, puede llamar al **911** (donde esté disponible) u obtener Servicios Dentales de Emergencia de cualquier Dentista sin una derivación.

Después de que se proporcionen los Servicios Dentales de Emergencia, suele ser necesario más tratamiento que no es de emergencia. El tratamiento que no es de emergencia se debe obtener en el centro de Su Dentista Contratado asignado. Usted es responsable de cualquier Copago por los Servicios Dentales de Emergencia que reciba. Usted también es financieramente responsable de los servicios no cubiertos. Este Plan no pagará los servicios no cubiertos.

### **Servicios dentales de emergencia**

#### Dentro del Área de servicio de Delta Dental

Un Servicio Dental de Urgencia necesita atención dental inmediata, pero no es una Enfermedad dental de emergencia. Si cree que podría necesitar Servicios dentales de emergencia, puede llamar a su Dentista Contratado asignado durante el horario de atención normal o fuera del horario de atención.

#### Fuera del Área de servicio de Delta Dental

Si necesita Servicios dentales de emergencia debido a una enfermedad o lesión dental imprevista, cubrimos los servicios dentales necesarios desde el punto de vista médico cuando se necesite atención inmediata de un Dentista que no es de la Red si se cumplen todas las siguientes situaciones:

- Usted recibe Servicios dentales de emergencia de un Dentista que no es de la red mientras está temporalmente fuera del Área de servicio de Delta Dental.
- Usted cree que su salud se deterioraría gravemente si demorase el tratamiento hasta que regrese al Área de servicio de Delta Dental.

Usted no necesita nuestra Autorización previa para recibir Servicios dentales de emergencia fuera del Área de servicio de Delta Dental. Todos los Servicios Dentales de urgencia que usted reciba de un Dentista que no es de la Red mientras se encuentra fuera del área de servicio de Delta Dental están cubiertos por este Plan si los Beneficios se habrían cubierto si usted los hubiera recibido de un Dentista Contratado.

No cubrimos la atención de seguimiento de un Dentista que no es de la Red después de que usted ya no necesite Servicios dentales de emergencia. Para recibir atención de seguimiento de un Dentista, puede llamar a su Dentista Contratado asignado. Usted es responsable de cualquier Copago por los Servicios dentales de emergencia que reciba.

### **Acceso oportuno a la atención**

Dentistas, Ortodoncistas y Especialistas contratados han acordado que el tiempo de espera para que los Afiliados puedan hacer sus citas no debe pasar de los siguientes intervalos de tiempo:

- para atención de emergencia, 24 horas al día, 7 días por semana;



- para cualquier servicio de atención de urgencia, 72 horas para citas de acuerdo con las necesidades individuales del Afiliado;
- Para cualquier servicio de atención no urgente, 36 días laborales; y
- Para cualquier servicio preventivo, 40 días laborales.

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

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

### **Servicios de asistencia lingüística**

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

Si necesita servicios de intérprete en otro idioma, materiales traducidos a su idioma de preferencia o en un formato alternativo, llame a Atención al Cliente al **888-282-8528 (TTY: 711)**. También puede visitar el directorio de proveedores en nuestro sitio web, que incluye los idiomas autoinformados por los Dentistas de DeltaCare USA.

### **Servicios especializados**

Los Servicios especializados para cirugía bucal, endodoncia, periodoncia, ortodoncia (si es necesaria desde el punto de vista médico) u odontología pediátrica deben ser: 1) derivados por su Dentista Contratado asignado y 2) autorizados por nosotros. Usted paga los Copagos especificados. (Consulte las Listas adjuntas a esta EOC).

Pagamos las reclamaciones de todos los Servicios especializados autorizados, menos los Copagos correspondientes. Si necesita Servicios especializados y no hay un Especialista Contratado o un Ortodoncista Contratado dentro de un radio de 35 millas de su domicilio, su Dentista Contratado asignado debe obtener nuestra Autorización previa para derivarlo a un Especialista u ortodoncista que no es de la Red que le brinde los Servicios especializados. Este Plan no cubrirá los Servicios especializados que proporcionen un especialista o un ortodoncista que No Son de la Red y que no hayamos autorizado. Si se requieren los servicios de un Ortodoncista Contratado, consulte las Listas adjuntas a esta EOC para conocer los Beneficios que tiene disponibles en virtud de este Plan.

Un Dentista Contratado puede prestar Servicios especializados ya sea personalmente o a través de Dentistas, técnicos o higienistas dentales asociados que puedan proporcionar estos servicios legalmente. Si es derivado a una clínica escuela de atención dental para recibir Servicios especializados, dichos servicios podrán ser provistos por un dentista, un estudiante de odontología, un médico clínico o un profesor de odontología.

### **Reclamaciones de reembolsos**

Las reclamaciones por Servicios Dentales de Emergencia, Servicios dentales de emergencia y Servicios especializados autorizados cubiertos se Nos deben enviar en un plazo de 90 días a partir de la fecha en 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 una reclamación en ese plazo. Todas las reclamaciones dentales deben recibirse en el plazo de un (1) año a partir de la fecha del tratamiento. La dirección para reclamaciones dentales es: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1810, Alpharetta, Georgia 30023-1810.

### **Compensación del dentista**

Un Dentista Contratado recibe una compensación de Nuestra parte por medio de una capitación mensual (una cantidad basada en el número de Afiliados asignados al Dentista

Contratado) y de los Afiliados mediante los Copagos requeridos para el tratamiento recibido. Compensamos a los Especialistas Contratados y a los Ortodoncistas Contratados a través de una cantidad acordada para cada procedimiento cubierto, menos los Copagos aplicables que paga el Afiliado. En ningún caso pagamos incentivos a un Dentista Contratado, a un Especialista Contratado ni a un Ortodoncista Contratado como aliciente para denegar, reducir, limitar o demorar cualquier tratamiento apropiado.

Puede obtener más información con respecto a la compensación del Dentista llamándonos al **888-282-8528**.

### **Políticas de procesamiento**

Las guías de cuidado dental de este Plan explican a los Dentistas Contratados qué servicios están cubiertos bajo el Contrato. Los Dentistas Contratados, Especialistas Contratados y Ortodoncista Contratado utilizarán su criterio profesional para determinar qué servicios son adecuados para el Afiliado. Los servicios proporcionados por Dentistas Contratados, Especialistas Contratados u Ortodoncistas Contratados que se encuentren dentro del alcance de los Beneficios de este Plan están sujetos a los Copagos aplicables. Si un Dentista Contratado cree que un Afiliado debe recibir tratamiento de un especialista, el Dentista Contratado se pone en contacto con nosotros para determinar si el tratamiento propuesto es un Beneficio cubierto y si requiere tratamiento por parte de un Especialista Contratado. Puede llamar a Atención al Cliente al **888-282-8528** para obtener información acerca de las guías de atención dental de este Plan.

### **Servicios de teleodontología**

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

Existen dos tipos de servicios de teleodontología:

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

Cubrimos los servicios de Teleodontología por el monto de la participación en los gastos de la evaluación oral diagnóstica que figura en la *Lista A*, sujeto a las limitaciones y exclusiones de la *Lista B*. Las citas de Teleodontología están cubiertas sobre la misma base y en la misma medida en que el Beneficio está cubierto mediante diagnóstico, consulta o tratamiento en persona, y están incluidas en la atención general de manejo del paciente y no son un servicio que se deba pagar por separado.

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

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

### **Segundas opiniones**

Puede solicitar una segunda opinión si Usted no está de acuerdo o si cuestiona el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento elaborados por Su Dentista Contratado. También podemos solicitar que Usted obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la pertinencia del tratamiento dental o la aplicación de los Beneficios.

Las segundas opiniones serán proporcionadas por un Dentista con la licencia correspondiente de manera oportuna y adecuada para la naturaleza de su enfermedad. En el caso de solicitudes que impliquen casos de amenaza inminente y grave para su salud, incluidos, entre otros, casos de posible pérdida de la vida, de un miembro o de otra función corporal importante, o falta de puntualidad que pudiera ser perjudicial para su capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, se acelerará la segunda opinión (se aprobará o denegará la



Autorización dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para obtener asistencia o información adicional relacionada con los procedimientos y los plazos para las Autorizaciones de segundas opiniones, llame a Atención al Cliente al **888-282-8528** o escribanos.

Las segundas opiniones serán brindadas en el centro de otro Dentista Contratado, a menos que autoricemos lo contrario. Delta Dental autorizará una segunda opinión de un Dentista que no sea de la red si no está disponible un Dentista Contratado que tenga la capacitación adecuada. Cubriremos solamente las segundas opiniones que hayamos aprobado o autorizado. Le enviaremos una notificación por escrito si decidimos no autorizar la segunda opinión. Si Usted no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una queja ante Nosotros o ante el DMHC. Para obtener más información, consulte la sección “Procedimiento de Quejas del Afiliado” a continuación.

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

Si cree que tiene una Necesidad especial de cuidado de la salud, llame a Atención al Cliente al **888-282-8528 (TTY: 711)**. Confirmaremos que existe una Necesidad especial de cuidado de la salud y cuáles son los arreglos que podemos hacer para ayudarlo a obtener dichos Beneficios. No seremos responsables si un Dentista Contratado no cumple alguna ley o reglamentación relacionada con los requisitos estructurales del consultorio que se aplican a los Dentistas de DeltaCare USA que atienden a Afiliados con Necesidades especiales de cuidado de la salud.

### **Accesibilidad a los centros**

Muchos centros dentales nos brindan información sobre las características especiales de sus consultorios, incluida información de accesibilidad para pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad de los centros dentales, llame a Atención al Cliente al **888-282-8528** o visite nuestro sitio web en [es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com).

## **PROCEDIMIENTO DE QUEJAS DEL AFILIADO**

Nosotros, o nuestro Administrador, le notificaremos 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, la denegación de servicios dentales o reclamaciones, nuestras políticas, los procedimientos o las operaciones o sobre la calidad de los servicios dentales proporcionados por un Dentista Contratado, puede llamar a Atención al Cliente al **888-282-8528 (TTY: 711)**, completar y enviar un **Formulario de queja del Afiliado de DeltaCare USA** en línea o enviar la queja por correo a:

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

La comunicación por escrito debe incluir lo siguiente: 1) el nombre del paciente; 2) la dirección, el número de teléfono y el número de identificación del Afiliado y 3) el nombre del Dentista Contratado y la dirección de su centro.

“Queja” significa una expresión oral o escrita de insatisfacción relacionada con el plan o proveedor, incluidas las inquietudes sobre la calidad del cuidado, e incluye una queja, disputa, solicitud de reconsideración o apelación presentada por un 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 “reclamante” y se refiere a la persona que presentó la queja, incluidos usted, su representante u otra persona con autoridad para actuar en su nombre.

En el plazo de cinco (5) días calendario desde la recepción de cualquier queja, un coordinador de control de calidad le enviará una notificación de recepción de la queja por escrito que incluirá la fecha de recibo y la información de contacto del Plan. Ciertas quejas pueden requerir que lo refieran a un Dentista para la evaluación clínica de los Servicios

dentales prestados. Le enviaremos una determinación, por escrito, en un plazo de 30 días calendario a partir de que recibamos su queja.

Nuestro sistema de quejas garantiza que todos los Afiliados del plan tengan acceso y puedan participar por completo en su proceso de queja al brindar asistencia a aquellos que tengan conocimientos limitados del idioma inglés o que tengan problemas de la vista o la comunicación. Dicha asistencia incluye, entre otros, traducciones de formularios y procedimientos de quejas, y respuestas del plan a quejas, así como el acceso a intérpretes, sistemas de retransmisión telefónica y otros dispositivos para ayudar a las personas con discapacidad a comunicarse. Si necesita estos servicios o tiene preguntas acerca de nuestro proceso de quejas, llame a Atención al Cliente al **888-282-8528 (TTY: 711)** o visite nuestro sitio web en **[es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)** para completar y enviar un **Formulario de queja del Afiliado de DeltaCare USA**.

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

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

### **Quejas que involucran una Determinación de Beneficios Adversa**

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

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

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los Planes de servicios del cuidado de la salud. Si tiene una queja acerca de su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente con su plan de salud al **888-282-8528** y seguir el proceso de queja de su plan de salud antes de ponerse en contacto con el Departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no anula ninguno de los derechos ni recursos legales que puedan estar a su disposición. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o una queja que haya estado sin resolverse por más de 30 días, puede llamar al Departamento para recibir ayuda. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR, por sus siglas en inglés). Si es elegible para una IMR, el proceso de la IMR le proporcionará una revisión imparcial de las decisiones médicas emitidas por un plan de salud en relación con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las controversias de pago para los servicios médicos de emergencia o urgencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con dificultades auditivas o del habla. En el sitio web de Internet del Departamento, **[www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)**, encontrará formularios de queja, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

## **DISPOSICIONES GENERALES**

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

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

Delta Dental of California  
P.O. Box 1803  
Alpharetta, GA 30023-1803

### **Divisibilidad**

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

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

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

### **Acciones legales**

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

### **Conformidad con las leyes aplicables**

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

### **Administrador externo (TPA)**

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

### **Donación de órganos y tejidos**

La donación de órganos y tejidos ofrece muchos beneficios para la sociedad. Permite a los receptores del trasplante continuar con una vida más completa y provechosa. Actualmente, la necesidad de trasplantes de órganos supera en gran medida la disponibilidad. Si está interesado en la donación de órganos, hable con su médico. La donación de órganos comienza en el hospital, cuando a un paciente se le declara muerte cerebral y se lo identifica como un donante potencial. Una organización encargada de la adquisición de órganos se encargará de coordinar las actividades.

## No discriminación

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

Nosotros:

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

Si necesita estos servicios, llame a Atención al Cliente al **888-282-8528 (TTY: 711)**.

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

DeltaCare USA  
P.O. Box 1803  
Alpharetta, GA 30023-1803  
Números de teléfono: **888-282-8528 (TTY: 711)**  
Dirección del sitio web: **[es.deltadentalins.com](http://es.deltadentalins.com)**

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

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

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

**Diseño del plan de beneficios dentales estándar de 2024**

<b>Resumen de beneficios y cobertura</b>		<b>Plan dental infantil</b>
Las cantidades del costo compartido del Afiliado describen los gastos de bolsillo del Afiliado.		<b>Plan de copagos</b>
Los diseños del plan dental para niños y el plan dental familiar pueden ofrecerse tanto al Mercado de seguros de salud individuales como a Covered California para pequeñas empresas.		<b>EHB de cuidado dental pediátrico</b>
<b>Valor actuarial</b>		<b>Hasta los 19 años</b>
<b>Deducible individual</b>		84.4 %
<b>Deducible familiar (dos o más hijos)</b>		Ninguno
<b>Límite máximo individual de los gastos de bolsillo</b>		No se aplica
<b>Límite máximo familiar de los gastos de bolsillo (dos o más hijos)</b>		\$350
<b>Copago en consultorio</b>		\$700
<b>Periodo de espera</b> (Disposición de condición exenta, según se define en la sección 1357.50 (a)(3)(J)(4) del Código de Salud y Seguridad, y en la sección 10198.6(d) del Código de Seguro.		\$0
<b>Límite anual de los beneficios</b> (la cantidad máxima que el plan dental pagará en el año de beneficios)		Ninguno
<b>Código Categoría</b>	<b>Tipo de servicio</b>	<b>Cargo compartido del socio</b>
<b>Diagnóstico y prevención</b>	Examen bucal	Sin cargo
	Prevención - limpieza	Sin cargo
	Prevención - radiografía	Sin cargo
	Sellador por diente	Sin cargo
	Aplicación tópica de flúor	Sin cargo
	Separadores - fijos	Sin cargo
<b>Servicios básicos</b>	Procedimientos de restauración	Ver Lista de copagos dentales para 2024
	Servicios de mantenimiento periodontal	
<b>Servicios mayores</b>	Periodontología (aparte de procedimientos de mantenimiento)	Ver Lista de copagos dentales para 2024
	Endodoncia	
	Coronas y moldes	
	Prostodoncia	
<b>Ortodoncia</b>	Cirugía bucal	\$350
	Servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico	

---

## LISTA A

### Descripción de beneficios y copagos para Afiliados Pediátricos (menores de 19 años)

#### DeltaCare® USA

#### HMO dental infantil

#### Para pequeñas empresas

Los Beneficios que se muestran a continuación se brindan según los considere apropiados el Dentista Contratado que lo atienda y según sean necesarios, y están sujetos a las limitaciones y exclusiones del plan DeltaCare USA (“plan”). **Consulte la Lista B para obtener una explicación más detallada de los Beneficios. Los Afiliados deberán 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 como finalidad específica aclarar la prestación de Beneficios conforme a este Plan y no se debe interpretar como nomenclatura, descripciones ni Códigos de Procedimientos del Nomenclador Dental Actual (“CDT”, por sus siglas en inglés) CDT-2023, 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.**

Límite máximo de los gastos de bolsillo (OOPM, por sus siglas en inglés) para los Afiliados Pediátricos (menores de 19 años de edad):

Afiliado Pediátrico	\$350.00 cada Año del contrato
Varios Afiliados Pediátricos	\$700.00 cada Año del contrato

**El límite máximo de los gastos de bolsillo (“OOPM”, por sus siglas en inglés) solamente se aplica a los Beneficios esenciales para la salud (“EHB”, por sus siglas en inglés) para los Afiliados Pediátricos.** El OOPM representa la cantidad máxima de dinero que un Afiliado Pediátrico debe pagar por los Beneficios pediátricos conforme a este plan durante un Año de Contrato. El pago de las Primas y los servicios que son Opcionales, que son tratamientos mejorados o que no están cubiertos bajo este Contrato no se considerará para el OOPM, y el pago de estos servicios seguirá aplicándose incluso después de haber alcanzado el OOPM.

Si más de un Afiliado Pediátrico está cubierto en el Contrato, la obligación financiera de los Beneficios pediátricos no será superior al OOPM para varios Afiliados Pediátricos. Después de que el Afiliado Pediátrico alcance su OOPM, ya no tendrá que hacer ningún pago adicional por el resto del Año del contrato por Beneficios pediátricos. Una vez que la cantidad pagada por todos los Afiliados Pediátricos sea igual al OOPM para varios Afiliados Pediátricos, no es necesario hacer ningún otro pago para los Afiliados Pediátricos durante el resto del Año del contrato por Beneficios pediátricos.

Delta Dental recomienda que el Afiliado Pediátrico u otra persona responsable lleven un registro de pago de los Beneficios pediátricos. Si tiene alguna pregunta acerca de su OOPM, póngase en contacto con el Servicio al Cliente de Delta Dental llamando al **888-282-8528**.

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
<b>D0100-D0999 I. DIAGNOSTIC</b>			
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo	<i>Incluye visita al consultorio, por consulta (además de otros servicios); además, se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>
D0120	Evaluación periódica de la boca: paciente establecido	Sin cargo	<i>1 cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D0140	Evaluación limitada de la boca: enfocada en el problema	Sin cargo	<i>1 por Afiliado por Dentista Contratado</i>
D0145	Evaluación de la boca para un paciente menor de tres años de edad y orientación con el cuidador primario	Sin cargo	<i>1 cada 6 meses por Dentista Contratado; se incluye en D0120, D0150</i>
D0150	Evaluación completa de la boca: paciente establecido o nuevo	Sin cargo	<i>Evaluación inicial, 1 por Dentista Contratado</i>
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca: enfocada en el problema, por informe	Sin cargo	<i>1 por Afiliado por Dentista Contratado</i>
D0170	Reevaluación: limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta posoperatoria)	Sin cargo	<i>6 por un periodo de 3 meses, sin exceder 12 por un periodo de 12 meses</i>
D0171	Reevaluación: visita al consultorio posoperatoria	Sin cargo	
D0180	Evaluación periodontal completa: paciente nuevo o establecido	Sin cargo	<i>Incluida con D0150</i>
D0210	Intrabucal: serie completa de radiografías	Sin cargo	<i>1 serie cada 36 meses por Dentista Contratado</i>
D0220	Intrabucal: primera radiografía periapical	Sin cargo	<i>20 radiografías (D0220, D0230) cada 12 meses por Dentista Contratado</i>
D0230	Intrabucal: cada radiografía periapical adicional	Sin cargo	<i>20 radiografías (D0220, D0230) cada 12 meses por Dentista Contratado</i>



Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D0240	Intrabucal: radiografía oclusal	Sin cargo	<i>2 cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D0250	Extrabucal: radiografía de proyección en 2D creada por medio de una fuente de radiación estacionaria y un detector	Sin cargo	<i>1 por fecha de servicio</i>
D0251	Radiografía dental posterior extrabucal	Sin cargo	<i>4 por fecha de servicio</i>
D0270	Radiografía de mordida: una sola radiografía	Sin cargo	<i>1 de (D0270, D0273) por fecha de servicio</i>
D0272	Radiografía de mordida: dos radiografías	Sin cargo	<i>1 de (D0272, D0273) cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D0273	Radiografías de mordida: tres radiografías	Sin cargo	<i>1 de (D0270, D0273) por fecha de servicio; 1 de (D0272, D0273) cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D0274	Radiografías de mordida: cuatro radiografías	Sin cargo	<i>1 de (D0274, D0277) cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D0277	Radiografías de mordida verticales: de 7 a 8 radiografías	Sin cargo	<i>1 de (D0274, D0277) cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D0310	Sialografía	Sin cargo	
D0320	Artrografía de la articulación temporomandibular, con inyección incluida	Sin cargo	<i>Limitado a trauma o patología; 3 por fecha de servicio</i>
D0322	Inspección tomográfica	Sin cargo	<i>2 cada 12 meses por Dentista Contratado</i>
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo	<i>1 cada 36 meses por Dentista Contratado</i>
D0340	Radiografía cefalométrica en 2D: adquisición, medida y análisis	Sin cargo	<i>2 cada 12 meses por Dentista Contratado</i>
D0350	Imagen fotográfica en 2D bucal o facial tomada de manera intrabucal o extrabucal	Sin cargo	<i>Para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad específica que no sea aparente en las radiografías; 4 por fecha de servicio</i>
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa	Sin cargo	
D0470	Moldes para diagnóstico	Sin cargo	<i>Solo para la evaluación de los Beneficios ortodónticos; 1 por Dentista Contratado a menos que se documenten circunstancias especiales (como trauma o patología que haya afectado el tratamiento de ortodoncia)</i>
D0502	Otros procedimientos patológicos bucales, por informe	Sin cargo	<i>Proporcionados por un patólogo bucal</i>



Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo bajo	Sin cargo	1 de (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por Dentista Contratado o consultorio dental
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo moderado	Sin cargo	1 de (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por Dentista Contratado o consultorio dental
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con un resultado de riesgo alto	Sin cargo	1 de (D0601, D0602, D0603) cada 12 meses por Dentista Contratado o consultorio dental
D0701	Radiografía panorámica: solo imágenes	Sin cargo	
D0702	Radiografía cefalométrica en 2D: solo imágenes	Sin cargo	
D0703	Imagen fotográfica en 2D bucal o facial obtenida por vía intrabucal o extrabucal: solo imágenes	Sin cargo	
D0705	Radiografía dental posterior extrabucal: solo imágenes	Sin cargo	
D0706	Intrabucal - radiografía oclusal: solo imágenes	Sin cargo	
D0707	Intrabucal - radiografía periapical: solo imágenes	Sin cargo	
D0708	Intrabucal - radiografía de mordida: solo imágenes	Sin cargo	
D0709	Intrabucal: serie completa de radiografías; solo imágenes	Sin cargo	
D0801	Exploración de la superficie dental en 3D - directa	Sin cargo	1 por fecha de servicio
D0802	Exploración de la superficie dental en 3D - indirecta	Sin cargo	1 por fecha de servicio
D0803	Exploración de la superficie facial en 3D - directa	Sin cargo	1 por fecha de servicio
D0804	Exploración de la superficie facial en 3D - indirecta	Sin cargo	1 por fecha de servicio
<b>D1000-D1999 II. PREVENCIÓN</b>			
D1110	Profilaxis: adulto	Sin cargo	Limpieza; 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D1120	Profilaxis: niño	Sin cargo	Limpieza; 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	Sin cargo	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1208	Aplicación tópica de flúor: no incluye el barniz	Sin cargo	1 de (D1206, D1208) cada 6 meses
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales	Sin cargo	
D1320	Orientación sobre el consumo de tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	Sin cargo	
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos para la salud bucal, conductual y sistémica asociados al uso de sustancias de alto riesgo	Sin cargo	
D1330	Instrucciones de higiene bucal	Sin cargo	
D1351	Sellador: por diente	Sin cargo	1 por diente cada 36 meses por Dentista Contratado; se limita a las primeras y segundas muelas permanentes sin restauraciones ni caries y terceras muelas permanentes que ocupan la segunda posición molar
D1352	Restauración preventiva de resina en un paciente con riesgo de caries de moderado a alto: dientes permanentes	Sin cargo	1 por diente cada 36 meses por Dentista Contratado; se limita a las primeras y segundas muelas permanentes sin restauraciones ni caries y terceras muelas permanentes que ocupan la segunda posición molar
D1353	Arreglo de sellador: por diente	Sin cargo	El consultorio dental o Dentista Contratado original es responsable de cualquier arreglo o reemplazo que se haga durante el periodo de 36 meses
D1354	Aplicación de medicamento para detener caries provisional: por diente	Sin cargo	1 por diente cada 6 meses cuando el Afiliado tiene una evaluación y documentación de riesgo de caries, con conclusiones de "alto riesgo"
D1355	Solicitud de medicamentos preventivos anticaries: por diente	Sin cargo	1 por diente cada 6 meses cuando el Afiliado tiene una evaluación y documentación de riesgo de caries, con conclusiones de "alto riesgo"
D1510	Separador - fijo, unilateral: por cuadrante	Sin cargo	1 por cuadrante; dientes posteriores
D1516	Separador - fijo: bilateral, maxilar	Sin cargo	1 por arco dentario; dientes posteriores

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D1517	Separador - fijo: bilateral, mandibular	Sin cargo	<i>1 por arco dentario; dientes posteriores</i>
D1520	Separador - extraíble, unilateral: por cuadrante	Sin cargo	<i>1 por cuadrante; dientes posteriores</i>
D1526	Separador - extraíble: bilateral, maxilar	Sin cargo	<i>1 por arco dentario, hasta los 17 años; dientes posteriores</i>
D1527	Separador - extraíble: bilateral, mandibular	Sin cargo	<i>1 por arco dentario, hasta los 17 años; dientes posteriores</i>
D1551	Recementación o readhesión del separador bilateral: maxilar	Sin cargo	<i>1 por Dentista Contratado, por cuadrante o arco dentario, hasta los 17 años</i>
D1552	Recementación o readhesión del separador bilateral: mandibular	Sin cargo	<i>1 por Dentista Contratado, por cuadrante o arco dentario, hasta los 17 años</i>
D1553	Recementación o readhesión del separador unilateral: por cuadrante	Sin cargo	<i>1 por Dentista Contratado, por cuadrante o arco dentario, hasta los 17 años</i>
D1556	Extracción del separador fijo unilateral: por cuadrante	Sin cargo	<i>Incluido en el caso por el Dentista Contratado o el consultorio dental que haya colocado el aparato</i>
D1557	Extracción del separador fijo bilateral: maxilar	Sin cargo	<i>Incluido en el caso por el Dentista Contratado o el consultorio dental que haya colocado el aparato</i>
D1558	Extracción del separador fijo bilateral: mandibular	Sin cargo	<i>Incluido en el caso por el Dentista Contratado o el consultorio dental que haya colocado el aparato</i>
D1575	Separador de calzado distal - fijo, unilateral: por cuadrante	Sin cargo	<i>1 por cuadrante, menores de 8 años; dientes posteriores</i>
<b>D2000-D2999 III. RESTAURACIÓN</b>			
- 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.			
- <i>El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay y restauraciones onlay requiere que la restauración existente tenga 5 años o más (más de 60 meses) de antigüedad.</i>			
D2140	Amalgama: una superficie, dientes primarios o permanentes	\$25	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes primarios o permanentes	\$30	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes primarios o permanentes	\$40	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes primarios o permanentes	\$45	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2330	Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes anteriores	\$30	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2331	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes anteriores	\$45	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2332	Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes anteriores	\$55	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2335	Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies o con ángulo incisal (dientes anteriores)	\$60	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2390	Corona de empaste compuesto de resina, dientes anteriores	\$50	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2391	Empaste compuesto de resina: una superficie, dientes posteriores	\$30	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2392	Empaste compuesto de resina: dos superficies, dientes posteriores	\$40	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2393	Empaste compuesto de resina: tres superficies, dientes posteriores	\$50	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2394	Empaste compuesto de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores	\$70	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado para dientes primarios; 1 cada 36 meses por Dentista Contratado para dientes permanentes</i>
D2710	Corona: empaste compuesto de resina (indirecta)	\$140	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>
D2712	Corona: 3/4 de empaste compuesto de resina (indirecta)	\$190	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>
D2721	Corona: resina con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>
D2740	Corona - porcelana/cerámica	\$300	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>
D2751	Corona: porcelana fundida con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D2781	Corona: 3/4 de molde de metal base predominantemente	\$300	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	\$310	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>
D2791	Corona: molde completo de metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses, dientes permanentes; de 13 a 18 años</i>
D2910	Recementación o readhesión de incrustación intracoronaria, restauración onlay, revestimiento o restauración de cobertura parcial	\$25	<i>1 cada 12 meses por Dentista Contratado</i>
D2915	Recementación o readhesión del perno-muñón prefabricado o fabricado indirectamente	\$25	
D2920	Recementación o readhesión de corona	\$25	<i>Se incluye la recementación durante los primeros 12 meses después de la colocación inicial; no se permite cobrar cargos adicionales al Afiliado o al plan. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental del tratamiento original.</i>
D2921	Reinserción de un fragmento de diente, borde incisal o cúspide	\$45	<i>1 cada 12 meses</i>
D2928	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: diente permanente	\$120	<i>1 cada 36 meses</i>
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica: dientes primarios	\$95	<i>1 cada 12 meses</i>
D2930	Corona prefabricada de acero inoxidable: dientes primarios	\$65	<i>1 cada 12 meses</i>
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: dientes permanentes	\$75	<i>1 cada 36 meses</i>
D2932	Corona prefabricada de resina	\$75	<i>1 por periodo de 12 meses para dientes primarios; 1 por periodo de 36 meses para dientes permanentes</i>
D2933	Corona prefabricada de acero inoxidable con ventana de resina	\$80	<i>1 por periodo de 12 meses para dientes primarios; 1 por periodo de 36 meses para dientes permanentes</i>
D2940	Restauración de protección	\$25	<i>1 cada 6 meses por Dentista Contratado</i>
D2941	Restauración terapéutica provisional: dentición primaria	\$30	<i>1 por diente cada 6 meses, por Dentista Contratado</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D2949	Base de restauración para una restauración indirecta	\$45	
D2950	Reconstrucción de muñón, incluidas las espigas cuando sea necesario	\$20	
D2951	Retención de la espiga: por diente, además de la restauración	\$25	<i>1 por diente sin importar el número de espigas colocadas; dientes permanentes</i>
D2952	Perno-muñón, además de una corona, fabricados indirectamente	\$100	<i>Perno de metal base; 1 por diente; es un Beneficio solamente junto con coronas cubiertas en dientes permanentes con tratamiento de conducto radicular</i>
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente: en el mismo diente	\$30	<i>Hecho conjuntamente con D2952</i>
D2954	Perno-muñón prefabricado, además de una corona	\$90	<i>1 por diente; es un Beneficio solamente junto con coronas cubiertas en dientes permanentes con tratamiento de conducto radicular</i>
D2955	Extracción de perno	\$60	<i>Se incluye en el cargo del caso del Dentista Contratado o del consultorio dental que haya realizado los procedimientos de restauración y de endodoncia. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental del tratamiento original.</i>
D2957	Cada perno adicional prefabricado: en el mismo diente	\$35	<i>Hecho conjuntamente con D2954</i>
D2971	Procedimientos adicionales para personalizar una corona para que encaje bajo un marco de dentadura postiza parcial existente	\$35	<i>Se incluye en el cargo de las coronas procesadas en laboratorio. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el dentista consultado ni el consultorio dental que se consultaron originalmente.</i>
D2980	Arreglo de corona por falla del material restaurador	\$50	<i>Se incluye un arreglo durante los primeros 12 meses después de la colocación inicial o del arreglo anterior; no se permite que el Dentista Contratado o el consultorio dental que se consultaron originalmente cobren cargos adicionales al Afiliado o al plan.</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D2999	Procedimiento de restauración no especificado, por informe	\$40	<i>Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>
<b>D3000- D3999 IV. ENDODONCIA</b>			
D3110	Recubrimiento de la pulpa: directo (no incluye la restauración final)	\$20	
D3120	Recubrimiento de la pulpa: indirecto (no incluye la restauración final)	\$25	
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final): extracción de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	\$40	<i>1 por diente primario</i>
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	\$40	<i>1 por diente</i>
D3222	Pulpotomía parcial de génesis del ápice: diente permanente con desarrollo radicular incompleto	\$60	<i>1 por diente permanente</i>
D3230	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles): dientes primarios anteriores (no incluye la restauración final)	\$55	<i>1 por diente</i>
D3240	Terapia pulpar (empastes reabsorbibles): dientes primarios posteriores (no incluye la restauración final)	\$55	<i>1 por diente</i>
D3310	Endodoncia, dientes anteriores (no incluye la restauración final)	\$195	<i>Conducto radicular</i>
D3320	Endodoncia, diente premolar (no incluye la restauración final)	\$235	<i>Conducto radicular</i>
D3330	Endodoncia, muela (no incluye la restauración final)	\$300	<i>Conducto radicular</i>



Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D3331	Tratamiento de obstrucción del conducto radicular; sin acceso quirúrgico	\$50	
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna	\$80	
D3346	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos: dientes anteriores	\$240	<i>El tratamiento posterior se incluye sin cargo para el Afiliado o para el plan durante los 12 meses posteriores al tratamiento inicial. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental del tratamiento original.</i>
D3347	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos - premolares	\$295	<i>El tratamiento posterior se incluye sin cargo para el Afiliado o para el plan durante los 12 meses posteriores al tratamiento inicial. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental del tratamiento original.</i>
D3348	Tratamiento posterior de conductos radiculares previos - muelas	\$350	<i>El tratamiento posterior se incluye sin cargo para el Afiliado o para el plan durante los 12 meses posteriores al tratamiento inicial. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental del tratamiento original.</i>
D3351	Formación del ápice/recalcificación: consulta inicial (cierre apical/arreglo de perforaciones con calcio, reabsorción radicular, etc.)	\$85	<i>1 por diente permanente</i>
D3352	Formación del ápice/recalcificación: reemplazo provisional de medicamento	\$45	<i>1 por diente permanente</i>
D3410	Apicectomía: dientes anteriores	\$240	<i>1 cada 24 meses por parte del mismo Dentista Contratado o consultorio dental; solamente para dientes permanentes</i>
D3421	Apicectomía - premolar (primera raíz)	\$250	<i>1 cada 24 meses por parte del mismo Dentista Contratado o consultorio dental; solamente para dientes permanentes</i>
D3425	Apicectomía: muelas (primera raíz)	\$275	<i>1 cada 24 meses por parte del mismo Dentista Contratado o consultorio dental; solamente para dientes permanentes</i>



Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	\$110	<i>1 cada 24 meses por parte del mismo Dentista Contratado o consultorio dental; solo dientes permanentes; un beneficio para un tercer molar si ocupa la posición de un primer o segundo molar, si es un diente de soporte para una dentadura postiza parcial fija existente o una dentadura postiza parcial extraíble con ganchos o soportes con molde.</i>
D3428	Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular - por diente, sitio único	\$350	
D3429	Injerto de hueso junto con cirugía perirradicular - cada diente contiguo adicional en el mismo sitio quirúrgico	\$350	
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	\$90	
D3431	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de los tejidos blandos y óseos junto con cirugía perirradicular	\$80	
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular: dientes anteriores	\$160	<i>1 cada 24 meses por parte del mismo Dentista Contratado o consultorio dental</i>
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular: premolares	\$160	<i>1 cada 24 meses por parte del mismo Dentista Contratado o consultorio dental</i>
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular: dientes molares	\$160	<i>1 cada 24 meses por parte del mismo Dentista Contratado o consultorio dental</i>
D3910	Procedimiento quirúrgico para aislamiento de diente con dique de goma	\$30	
D3999	Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	\$100	<i>Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>
<b>D4000-D4999 V. PERIODONCIA</b>			
<i>- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local.</i>			

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$150	1 por cuadrante en un periodo de 36 meses, mayores de 13 años
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$50	1 por cuadrante en un periodo de 36 meses, mayores de 13 años
D4249	Alargamiento clínico de corona: tejido duro	\$165	
D4260	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre): cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$265	1 por cuadrante en un periodo de 36 meses, mayores de 13 años
D4261	Cirugía ósea (incluida la elevación de un colgajo con espesor completo y el cierre): de uno a tres dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	\$140	1 por cuadrante en un periodo de 36 meses, mayores de 13 años
D4265	Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de los tejidos blandos y óseos, por sitio	\$80	
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	1 por cuadrante en un periodo de 24 meses, mayores de 13 años
D4342	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	\$30	1 por cuadrante en un periodo de 24 meses, mayores de 13 años
D4346	Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: de toda la boca, después de la evaluación de la boca	\$40	Limpieza; 1 de (D1110, D1120, D4346) cada 6 meses
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal completos en una consulta posterior	\$40	1 tratamiento en un periodo de 12 meses consecutivos

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D4381	Administración local de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de descarga controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente	\$10	
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	1 cada 3 meses; el servicio debe proporcionarse dentro de los 24 meses después de la última limpieza de sarro y alisado radicular
D4920	Cambio de apósito no programado (por alguien distinto al dentista consultado o su personal)	\$15	1 por Dentista Contratado, mayores de 13 años
D4999	Procedimiento periodontal no específico, por informe	\$350	Afiliados mayores de 13 años. Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.
<b>D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)</b>			
- 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. El Afiliado debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse 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 1 por dentadura postiza por periodo de 12 meses consecutivos.			
- El reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa requiere que ésta tenga 5 años o más (más de 60 meses) de antigüedad.			
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	\$300	1 cada 60 meses
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	\$300	1 cada 60 meses
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$300	1 de por vida; las dentaduras postizas completas subsecuentes (D5110, D5120) no son un Beneficio en los siguientes 60 meses.
D5140	Dentadura postiza inmediata - mandibular	\$300	1 de por vida; las dentaduras postizas completas subsecuentes (D5110, D5120) no son un Beneficio en los siguientes 60 meses.

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$300	1 cada 60 meses
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$300	1 cada 60 meses
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$335	1 cada 60 meses
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: molde de metal con bases de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$335	1 cada 60 meses
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata: base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$275	1 cada 60 meses
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata: base de resina (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$275	1 cada 60 meses
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$330	1 cada 60 meses
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular inmediata - molde de metal con bases de resina para dentadura postiza (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	\$330	1 cada 60 meses

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	\$20	<i>1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	\$20	<i>1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	\$20	<i>1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	\$20	<i>1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 cada 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5511	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, mandibular	\$40	<i>1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5512	Arreglo de base rota de una dentadura postiza completa, maxilar	\$40	<i>1 por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5520	Reemplazo de dientes faltantes o rotos - dentadura postiza completa (cada diente)	\$40	<i>Hasta 4 por arco dentario por fecha de servicio después de los primeros 6 meses; hasta 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado</i>
D5611	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza, mandibular	\$40	<i>1 por arco dentario por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5612	Arreglo de la base de resina de una dentadura postiza, maxilar	\$40	<i>1 por arco dentario por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5621	Arreglo del molde de yeso, mandibular	\$40	<i>1 por arco dentario por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5622	Arreglo del molde de yeso, maxilar	\$40	<i>1 por arco dentario por día de servicio por Dentista Contratado; hasta 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado después de los primeros 6 meses</i>
D5630	Arreglo o reemplazo de materiales de gancho de retención: por diente	\$50	<i>3 por fecha de servicio después de los primeros 6 meses; 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado</i>

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	\$35	<i>4 por arco dentario por fecha de servicio después de los primeros 6 meses; 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado</i>
D5650	Adición de un diente a una dentadura postiza parcial existente	\$35	<i>Hasta 3 por fecha de servicio por Dentista Contratado; 1 por diente después de los primeros 6 meses</i>
D5660	Adición de un gancho a una dentadura postiza parcial existente: por diente	\$60	<i>3 por fecha de servicio después de los primeros 6 meses; 2 por arco dentario en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado</i>
D5730	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (directo)	\$60	<i>Se incluye durante los primeros 6 meses después de la colocación por parte del Dentista Contratado o del consultorio dental en el que se entregó originalmente el aparato; 1 por periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5731	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (directo)	\$60	<i>1 cada periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5740	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (directo)	\$60	<i>1 cada periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5741	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (directo)	\$60	<i>1 cada periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5750	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	\$90	<i>1 cada periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5751	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	\$90	<i>1 cada periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5760	Recubrimiento de dentadura postiza maxilar parcial (indirecto)	\$80	<i>1 cada periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5761	Recubrimiento de dentadura postiza mandibular parcial (indirecto)	\$80	<i>1 cada periodo de 12 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	\$30	<i>2 por prótesis por periodo de 36 meses después de los primeros 6 meses</i>
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	\$30	<i>2 por prótesis por periodo de 36 meses después de los primeros 6 meses</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D5862	Dispositivo de precisión, por informe	\$90	<i>Se incluye en el cargo por los procedimientos de restauración y protésicos por parte del Dentista Contratado o del consultorio dental en el que se haya proporcionado originalmente el servicio. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un dentista que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental que se consultaron originalmente.</i>
D5863	Sobredentadura: completa, maxilar	\$300	<i>1 cada 60 meses</i>
D5864	Sobredentadura: parcial, maxilar	\$300	<i>1 cada 60 meses</i>
D5865	Sobredentadura: completa, mandibular	\$300	<i>1 cada 60 meses</i>
D5866	Sobredentadura: parcial, mandibular	\$300	<i>1 cada 60 meses</i>
D5899	Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado, por informe	\$350	<i>Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero el Afiliado tiene un estado clínico excepcional que justifica la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>
<b>D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIAL</b>			
<i>- Todos los procedimientos protésicos maxilofaciales requieren Autorización previa.</i>			
D5911	Moldeado facial (parcial)	\$285	
D5912	Moldeado facial (completo)	\$350	
D5913	Prótesis nasal	\$350	
D5914	Prótesis auricular	\$350	
D5915	Prótesis orbital	\$350	
D5916	Prótesis ocular	\$350	
D5919	Prótesis facial	\$350	
D5922	Prótesis del tabique nasal	\$350	
D5923	Prótesis ocular, provisional	\$350	
D5924	Prótesis craneal	\$350	

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D5925	Prótesis de implante de aumento facial	\$200	
D5926	Prótesis nasal, reemplazo	\$200	
D5927	Prótesis auricular, reemplazo	\$200	
D5928	Prótesis orbital, reemplazo	\$200	
D5929	Prótesis facial, reemplazo	\$200	
D5931	Prótesis de obturador, con cirugía	\$350	
D5932	Prótesis de obturador, definitiva	\$350	
D5933	Prótesis de obturador, modificación	\$150	2 cada 12 meses
D5934	Prótesis de resección mandibular con reborde guía	\$350	
D5935	Prótesis de resección mandibular sin reborde guía	\$350	
D5936	Prótesis de obturador, provisional	\$350	
D5937	Aparato para el trismo (no para el tratamiento del trastorno temporomandibular [TMD, por sus siglas en inglés])	\$85	
D5951	Auxiliar para la alimentación	\$135	
D5952	Prótesis de ayuda para el habla, pediátrica	\$350	
D5953	Prótesis de ayuda para el habla, adultos	\$350	
D5954	Prótesis de aumento del paladar	\$135	
D5955	Prótesis de elevación del paladar, definitiva	\$350	
D5958	Prótesis de elevación del paladar, provisional	\$350	
D5959	Prótesis de elevación del paladar, modificación	\$145	2 cada 12 meses
D5960	Prótesis de ayuda para el habla, modificación	\$145	2 cada 12 meses
D5982	Férula quirúrgica	\$70	



Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D5983	Transportador de radiación	\$55	
D5984	Escudo contra la radiación	\$85	
D5985	Localizador de conos de radiación	\$135	
D5986	Transportador de gel de flúor	\$35	
D5987	Tablilla para comisuras	\$85	
D5988	Tablilla quirúrgica	\$95	
D5991	Transportador de medicamento contra enfermedades vesiculoampollosas	\$70	
D5999	Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	\$350	<i>Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero el Afiliado tiene un estado clínico excepcional que justifica la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>
<b>D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTES</b>			
<i>- Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales. Se requiere Autorización previa. También consulte la Lista B.</i>			
D6010	Colocación quirúrgica de cuerpo implantado: implante endóstico	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6011	Acceso quirúrgico a un cuerpo de implante (segunda etapa de cirugía de implante)	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6012	Colocación quirúrgica de cuerpo implantado provisional para prótesis de transición: implante endóstico	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6013	Colocación quirúrgica de miniimplante	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6040	Colocación quirúrgica: implante epóstico	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6050	Colocación quirúrgica: implante transóstico	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D6055	Barra conectora: sostenida con implante o con dientes de soporte	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6056	Diente de soporte prefabricado: incluye la modificación y colocación	\$135	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6057	Diente de soporte fabricado a la medida: incluye la colocación	\$180	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6058	Corona de cerámica/porcelana sostenida con dientes de soporte	\$320	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6059	Corona de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$315	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6060	Corona de porcelana fundida con metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte	\$295	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6061	Corona de porcelana fundida con metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$300	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6062	Corona de molde de metal (alto contenido de metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$315	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6063	Corona de molde de metal (metal base principalmente) sostenida con dientes de soporte	\$300	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6064	Corona de molde de metal (metal noble) sostenida con dientes de soporte	\$315	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6065	Corona de cerámica/porcelana sostenida con implante	\$340	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6066	Corona de porcelana fundida con alto contenido de metal noble sostenida con implante	\$335	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6067	Corona con alto contenido de metal noble sostenida con implante	\$340	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D6068	Retenedor sostenido con dientes de soporte para dentaduras postizas parciales fijas (FPD, por sus siglas en inglés) de porcelana/cerámica	\$320	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6069	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (alto contenido de metal noble)	\$315	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6070	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal base principalmente)	\$290	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6071	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de porcelana fundida con metal (metal noble)	\$300	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6072	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (alto contenido de metal noble)	\$315	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6073	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal base principalmente)	\$290	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6074	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal (metal noble)	\$320	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6075	Retenedor sostenido con implante para FPD de cerámica	\$335	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6076	Retenedor sostenido con implante para FPD de porcelana fundida con alto contenido de metal noble	\$330	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6077	Retenedor sostenido con implante para FPD de alto contenido de metal noble	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6080	Procedimientos de mantenimiento de implante cuando se extraen y reinsertan prótesis; incluyen la limpieza de las prótesis y de los dientes de soporte	\$30	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D6081	Limpieza de sarro y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante; incluye la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre del colgajo	\$30	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6082	Corona de porcelana fundida con metal base principalmente sostenida con implante	\$335	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales.</i>
D6083	Corona de porcelana fundida con metal noble sostenida con implante	\$335	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6084	Corona de porcelana fundida con titanio y aleación de titanio sostenida con implante	\$335	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6085	Corona del implante provisional	\$300	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6086	Corona fundida con metal base principalmente sostenida con implante	\$340	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6087	Corona con contenido de metal noble sostenida con implante	\$340	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6088	Corona de titanio y aleación de titanio sostenida con implante	\$340	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6090	Arreglo de prótesis sostenida con implante, por informe	\$65	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6091	Reemplazo de pieza reemplazable del dispositivo de precisión o semiprecisión de prótesis sostenida con implante o con dientes de soporte, por dispositivo	\$40	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6092	Recementación o refijación de corona sostenida con implante o con dientes de soporte	\$25	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6093	Recementación o refijación de dentadura postiza parcial fija sostenida con implante o con dientes de soporte	\$35	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6094	Corona de titanio y aleación de titanio sostenida con dientes de soporte	\$295	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D6095	Arreglo de diente de soporte de implante, por informe	\$65	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6096	Eliminación de tornillo de retención de implante roto	\$60	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6097	Corona de porcelana fundida con titanio y aleación de titanio sostenida con dientes de soporte	\$315	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6098	Retenedor sostenido con implante de porcelana fundida con metal base principalmente	\$330	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6099	Retenedor sostenido con implante para FPD de porcelana fundida con metal noble	\$330	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6100	Extracción quirúrgica del cuerpo del implante	\$110	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6105	Extracción del cuerpo de implante que no requiere extracción ósea o elevación del colgajo	\$110	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6110	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes: maxilar	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6111	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes: mandibular	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6112	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes: maxilar	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6113	Dentadura postiza extraíble sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes: mandibular	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6114	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes: maxilar	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D6115	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes: mandibular	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6116	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes: maxilar	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6117	Dentadura postiza fija sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario parcialmente sin dientes: mandibular	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6118	Dentadura postiza fija temporal sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - mandibular	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6119	Dentadura postiza fija temporal sostenida con implante o con dientes de soporte para arco dentario sin dientes - maxilar	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6120	Retenedor sostenido con implante de porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	\$330	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6121	Retenedor sostenido con dientes de soporte para FPD de molde de metal: metal base principalmente	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6122	Retenedor sostenido con implante para FPD: metal noble	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6123	Retenedor sostenido con implante para FPD de metal: titanio y aleación de titanio	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6190	Índice de implante radiográfico/quirúrgico, por informe	\$75	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6191	Dientes de soporte de semiprecisión: colocación	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6192	Acoplamiento de semiprecisión: colocación	\$350	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D6194	Corona de retención sostenida con dientes de soporte para FPD de titanio y aleaciones de titanio	\$265	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6195	Retenedor sostenido con dientes de soporte de porcelana fundida con titanio y aleación de titanio	\$315	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6197	Reemplazo del material restaurador utilizado para cerrar una abertura de acceso de una prótesis implantosoportada atornillada, por implante	\$95	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6198	Retire el componente del implante provisional	\$110	<i>Un Beneficio solo para estados clínicos excepcionales</i>
D6199	Procedimiento de implante no especificado, por informe	\$350	<i>Los servicios de implante son un Beneficio que se otorga solamente cuando se documentan condiciones médicas excepcionales y se revisará su necesidad médica. La documentación escrita deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>
<b>D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija</b>			
<i>- Cada retenedor y cada pónico constituye una unidad en una dentadura postiza parcial fija (puente).</i>			
<i>- El reemplazo de una corona, pónico, incrustación inlay, restauración onlay o dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años o más (más de 60 meses) de antigüedad.</i>			
D6211	Pónico: molde de metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses; mayores de 13 años</i>
D6241	Pónico: porcelana fundida con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses; mayores de 13 años</i>
D6245	Pónico: porcelana/cerámica	\$300	<i>1 cada 60 meses; mayores de 13 años</i>
D6251	Pónico: resina con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses; mayores de 13 años</i>
D6721	Corona de retención: resina con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses; mayores de 13 años</i>
D6740	Corona de retención: porcelana/cerámica	\$300	<i>1 cada 60 meses; mayores de 13 años</i>
D6751	Corona de retención: porcelana fundida con metal base principalmente	\$300	<i>1 cada 60 meses; mayores de 13 años</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D6781	Corona de retención: 3/4 de molde de metal base predominantemente	\$300	1 cada 60 meses; mayores de 13 años
D6783	Corona de retención: 3/4 de porcelana/cerámica	\$300	1 cada 60 meses; mayores de 13 años
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	\$300	1 cada 60 meses; mayores de 13 años
D6791	Corona de retención: molde completo de metal base principalmente	\$300	1 cada 60 meses; mayores de 13 años
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	\$40	Se incluye la recementación durante los primeros 12 meses después de la colocación inicial; no se permite cobrar cargos adicionales al Afiliado o al plan. El cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental del tratamiento original.
D6980	Arreglo de dentadura postiza parcial fija por falla del material restaurador	\$95	
D6999	Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe	\$350	Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado. No es un Beneficio en los primeros 12 meses a partir de la colocación original de una dentadura postiza parcial fija hecha por el mismo Dentista Contratado o consultorio.
<b>D7000-D7999 X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL</b>			
- Se requiere Autorización previa para los procedimientos que realice un Especialista contratado. Se debe demostrar la necesidad médica para los procedimientos D7340 - D7997. También consulte la Lista B.			
- Incluye evaluaciones preoperatorias y posoperatorias y tratamiento con anestesia local. Los servicios posoperatorios incluyen los exámenes, la remoción de suturas y el tratamiento de complicaciones.			
D7111	Extracción, restos de corona - dientes primarios	\$40	



Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D7140	Extracción, dientes erupcionados o raíces expuestas (elevación o extracción con fórceps)	\$65	
D7210	Extracción, dientes erupcionados que necesitan la extracción del hueso o la segmentación del diente, e incluye la elevación del colgajo mucoperióstico si estuviera indicado	\$120	
D7220	Extracción de un diente traumatizado: tejido blando	\$95	
D7230	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo parcial	\$145	
D7240	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo total	\$160	
D7241	Extracción de un diente traumatizado: apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$175	
D7250	Extracción de raíces dentarias residuales (procedimiento de corte)	\$80	
D7260	Cierre de fístula oroantral	\$280	
D7261	Cierre primario de una perforación de la cavidad nasal	\$285	
D7270	Reimplantación o estabilización de diente extraído o desplazado por accidente	\$185	<i>1 por arco dentario sin importar cuántos dientes estén involucrados; dientes anteriores permanentes</i>
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	\$220	
D7283	Colocación de un aparato que facilite la dentición de un diente traumatizado	\$85	<i>Únicamente para tratamiento activo de ortodoncia</i>
D7285	Biopsia incisional de tejido bucal: duro (hueso, diente)	\$180	<i>1 por arco dentario por fecha de servicio; sin importar cuántas áreas estén involucradas</i>
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal: blando	\$110	<i>3 por fecha de servicio</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D7290	Reimplantación quirúrgica de los dientes	\$185	<i>1 por arco dentario, únicamente para dientes permanentes; se aplica al tratamiento activo de ortodoncia</i>
D7291	Fibrotomía transeptal/fibrotomía supracrestal, por informe	\$80	<i>1 por arco dentario; se aplica al tratamiento activo de ortodoncia</i>
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$85	
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$50	
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$120	
D7321	Alveoloplastia sin extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	\$65	
D7340	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (epitelización secundaria)	\$350	<i>1 por arco dentario cada 60 meses</i>
D7350	Vestibuloplastia: extensión de la cresta (incluye injerto de tejido blando, reacoplamiento de músculo, revisión de la extensión del tejido blando y manejo de tejido hiperplásico e hipertrofiado)	\$350	<i>1 por arco dentario</i>
D7410	Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$75	
D7411	Extirpación de lesión benigna de más de 1.25 cm	\$115	
D7412	Extirpación de lesión benigna, complicada	\$175	
D7413	Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm	\$95	
D7414	Extirpación de lesión maligna de más de 1.25 cm	\$120	
D7415	Extirpación de lesión maligna, complicada	\$255	

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D7440	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$105	
D7441	Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	\$185	
D7450	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$180	
D7451	Extracción de quiste o tumor benigno odontogénico: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	\$330	
D7460	Extracción de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$155	
D7461	Extracción de quiste o tumor benigno no odontogénico: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	\$250	
D7465	Destrucción de lesiones por un método físico o químico, por informe	\$40	
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	\$140	<i>1 por cuadrante</i>
D7472	Extracción del rodete palatino	\$145	<i>1 de por vida</i>
D7473	Extracción del rodete mandibular	\$140	<i>1 por cuadrante</i>
D7485	Reducción de la tuberosidad ósea	\$105	<i>1 por cuadrante</i>
D7490	Resección radical del hueso maxilar o de la mandíbula	\$350	
D7509	Marsupialización de quiste odontogénico	\$180	
D7510	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal	\$70	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>
D7511	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intrabucal - complicado (incluido el drenaje de varios espacios fasciales)	\$70	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D7520	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal	\$70	
D7521	Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extrabucal - complicado (incluido el drenaje de varios espacios fasciales)	\$80	
D7530	Extracción de un cuerpo externo de la mucosa, la piel o el tejido subcutáneo alveolar	\$45	<i>1 por fecha de servicio</i>
D7540	Extracción de cuerpos externos que producen reacciones en el sistema musculoesquelético	\$75	<i>1 por fecha de servicio</i>
D7550	Ostectomía/secuestrectomía parcial para la extracción de hueso no vital	\$125	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>
D7560	Sinusotomía maxilar para la extracción de un fragmento dental o un cuerpo externo	\$235	
D7610	Hueso maxilar: reducción abierta (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)	\$140	
D7620	Hueso maxilar: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)	\$250	
D7630	Mandíbula - reducción abierta (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)	\$350	
D7640	Mandíbula - reducción cerrada (dientes inmovilizados, si hubiera alguno)	\$350	
D7650	Arco dentario malar o cigomático: reducción abierta	\$350	
D7660	Arco dentario malar o cigomático - reducción cerrada	\$350	
D7670	La reducción cerrada de alvéolo puede incluir la estabilización de los dientes	\$170	
D7671	La reducción abierta de alvéolo puede incluir la estabilización de los dientes	\$230	

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>El Afiliado pediátrico paga</b>	<b>Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos</b>
D7680	Huesos faciales - reducción complicada con fijación y enfoques quirúrgicos múltiples	\$350	
D7710	Hueso maxilar: reducción abierta	\$110	
D7720	Hueso maxilar: reducción cerrada	\$180	
D7730	Mandíbula - reducción abierta	\$350	
D7740	Mandíbula: reducción cerrada	\$290	
D7750	Arco dentario malar o cigomático: reducción abierta	\$220	
D7760	Arco dentario malar o cigomático - reducción cerrada	\$350	
D7770	Alvéolo: reducción abierta, estabilización de los dientes	\$135	
D7771	Alvéolo: reducción cerrada, estabilización de los dientes	\$160	
D7780	Huesos faciales - reducción complicada con fijación y enfoques múltiples	\$350	
D7810	Reducción abierta de una dislocación	\$350	
D7820	Reducción cerrada de una dislocación	\$80	
D7830	Manipulación bajo anestesia	\$85	
D7840	Condilectomía	\$350	
D7850	Discectomía quirúrgica, con o sin implante	\$350	
D7852	Arreglo de disco	\$350	
D7854	Sinovectomía	\$350	
D7856	Miotomía	\$350	
D7858	Reconstrucción de una articulación	\$350	
D7860	Artrotomía	\$350	
D7865	Artroplastia	\$350	
D7870	Artrocentesis	\$90	

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D7871	Lisis y lavado no artroscópico	\$150	
D7872	Artroscopia de diagnóstico, con o sin biopsia	\$350	
D7873	Artroscopia: lavado y lisis de las adherencias	\$350	
D7874	Artroscopia: reposicionamiento y estabilización del disco	\$350	
D7875	Artroscopia: sinovectomía	\$350	
D7876	Artroscopia: discectomía	\$350	
D7877	Artroscopia: desbridamiento	\$350	
D7880	Dispositivo ortésico oclusal, por informe	\$120	
D7881	Ajuste de dispositivo ortésico oclusal	\$30	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado; 2 cada 12 meses por Dentista Contratado</i>
D7899	Terapia de TMD no especificado, por informe	\$350	
D7910	Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	\$35	
D7911	Sutura complicada: de hasta 5 cm	\$55	
D7912	Sutura complicada: de más de 5 cm	\$130	
D7920	Injerto de piel (identificar el defecto cubierto, la ubicación y el tipo de injerto)	\$120	
D7922	Colocación de vendaje biológico encajado para asistir en la hemostasis o estabilización del coágulo, por sitio	\$80	
D7940	Osteoplastia: para deformidades ortognáticas	\$160	
D7941	Osteotomía - ramos mandibulares	\$350	
D7943	Osteotomía - ramos mandibulares con injerto de hueso; incluye la obtención del injerto	\$350	

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D7944	Osteotomía: segmentada o subapical	\$275	
D7945	Osteotomía - cuerpo de la mandíbula	\$350	
D7946	LeFort I (hueso maxilar - total)	\$350	
D7947	LeFort I (hueso maxilar, segmentado)	\$350	
D7948	LeFort II o LeFort III (osteoplastia de los huesos faciales para la hipoplasia o la retropulsión a la mitad de la cara) - sin injerto de hueso	\$350	
D7949	LeFort II o LeFort III - con injerto de hueso	\$350	
D7950	Injerto óseo, osteoperióstico o cartilaginoso en la mandíbula o el hueso maxilar: autógeno o no autógeno, por informe	\$190	
D7951	Aumento del seno con hueso o sustitutos de hueso a través de un acceso lateral abierto	\$290	
D7952	Aumento del seno mediante acceso vertical	\$175	
D7955	Arreglo de un defecto maxilofacial de tejido blando o duro	\$200	
D7961	Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$120	<i>1 por arco dentario por fecha de servicio; solo es un Beneficio cuando los incisivos y caninos permanentes hayan erupcionado</i>
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$120	<i>1 por arco dentario por fecha de servicio; solo es un Beneficio cuando los incisivos y caninos permanentes hayan erupcionado</i>
D7963	Frenuloplastia	\$120	<i>1 por arco dentario por fecha de servicio; solo es un Beneficio cuando los incisivos y caninos permanentes hayan erupcionado</i>
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco dentario	\$175	<i>1 por arco dentario por fecha de servicio</i>
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria	\$80	
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	\$100	<i>1 por cuadrante por fecha de servicio</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	\$155	
D7980	Sialolitotomía quirúrgica	\$155	
D7981	Extirpación de la glándula salival, por informe	\$120	
D7982	Sialodocoplastia	\$215	
D7983	Cierre de una fistula salival	\$140	
D7990	Traqueotomía de emergencia	\$350	
D7991	Coronoidectomía	\$345	
D7995	Injerto sintético: mandíbula o huesos faciales, por informe	\$150	
D7997	Extracción de aparato (no realizada por el dentista que lo colocó); incluye la extracción de la barra del arco	\$60	<i>Extracción de aparatos relacionados con procedimientos quirúrgicos únicamente; 1 por arco dentario por fecha de servicio; el cargo que se muestra en la lista se aplica a los servicios que proporcione un Dentista Contratado que no sea el Dentista Contratado ni el consultorio dental que se consultaron originalmente.</i>
D7999	Procedimiento de cirugía bucal no especificado, por informe	\$350	<i>Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>

**D8000-D8999 XI. ORTODONCIA - necesaria desde el punto de vista médico SOLO para Afiliados Pediátricos**

*- Los servicios de ortodoncia deben cumplir los requisitos de necesidad médica según lo determinado por un Dentista Contratado. El tratamiento de ortodoncia es un Beneficio únicamente cuando sea necesario desde el punto de vista médico, según lo compruebe una maloclusión discapacitante grave, y se cuente con una Autorización previa. La maloclusión discapacitante grave no es un problema cosmético. Los dientes deben estar gravemente desalineados de forma que provoquen problemas funcionales que afecten la salud bucal o general.*

*- El Afiliado pediátrico debe continuar siendo elegible. Los Beneficios para los Servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico se proporcionarán en pagos periódicos al Dentista Contratado.*



Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
<p>- El procedimiento de un tratamiento de ortodoncia completo (D8080) incluye todos los equipos, los ajustes, las inserciones, las extracciones y la estabilización (retención) posterior al tratamiento. El Afiliado debe continuar siendo elegible durante el tratamiento activo. No se permite ningún cargo adicional para el Afiliado por parte del Ortodoncista contratado o del consultorio dental del tratamiento original que haya recibido el cargo del caso completo. Se aplica un cargo independiente por los servicios brindados por un Ortodoncista contratado que no sea el Ortodoncista contratado o el consultorio dental del tratamiento original.</p>			
<p>- El Copago para los servicios de ortodoncia necesarios desde el punto de vista médico se aplica al tratamiento, no a años de beneficio individuales dentro de un tratamiento de varios años. Este Copago se aplica al tratamiento siempre y cuando el Afiliado pediátrico permanezca inscrito en este Plan.</p>			
<p>- Consulte la Lista B para obtener información adicional sobre la ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico.</p>			
D8080	Tratamiento de ortodoncia completo en la dentición adolescente	\$350	1 por Afiliado por fase de tratamiento
D8210	Terapia con aparatos extraíbles		1 de por vida; desde los 6 hasta los 12 años
D8220	Terapia con aparatos fijos		1 de por vida; desde los 6 hasta los 12 años
D8660	Examen previo al tratamiento de ortodoncia para controlar el crecimiento y el desarrollo		1 cada 3 meses cuando lo realice el mismo Dentista Contratado o consultorio dental; hasta 6 consultas de por vida
D8670	Consulta periódica para tratamiento de ortodoncia		Se incluye en el cargo por caso completo
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, elaboración y colocación de retenedores)		1 por arco dentario para cada fase autorizada de tratamiento de ortodoncia; se incluye en el cargo del caso completo
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble		
D8696	Arreglo de aparato de ortodoncia: maxilar		1 por aparato; se incluye en el cargo del caso completo
D8697	Arreglo de aparato de ortodoncia: mandibular		1 por aparato; se incluye en el cargo del caso completo
D8698	Recementación o readhesión de retenedor fijo: maxilar		1 por Dentista Contratado; se incluye en el cargo del caso completo
D8699	Recementación o readhesión de retenedor fijo: mandibular		1 por Dentista Contratado; se incluye en el cargo del caso completo
D8701	Arreglo de retenedor fijo, incluye reinscripción: maxilar		1 por Dentista Contratado; se incluye en el cargo del caso completo. El cargo que aparece en la lista se aplica a los servicios que proporcione un ortodoncista que no sea el ortodoncista o el consultorio dental del tratamiento original.

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D8702	Arreglo de retenedor fijo, incluye reinserción: mandibular		<i>1 por Dentista Contratado; se incluye en el cargo del caso completo. El cargo que aparece en la lista se aplica a los servicios que proporcione un ortodoncista que no sea el ortodoncista o el consultorio dental del tratamiento original.</i>
D8703	Sustitución de un retenedor roto o perdido - maxilar		<i>1 por arco dentario; durante los primeros 24 meses después de la fecha del servicio por retención de ortodoncia (D8680)</i>
D8704	Sustitución de un retenedor roto o perdido - mandibular		<i>1 por arco dentario; durante los primeros 24 meses después de la fecha del servicio por retención de ortodoncia (D8680)</i>
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe		<i>Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>
<b>D9000-D9999 XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS</b>			
D9110	Tratamiento paliativo de dolor de dientes -por visita	\$30	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado; sin importar el número de dientes ni de áreas tratados</i>
D9120	Segmentación de dentadura postiza parcial fija	\$95	
D9210	Anestesia local que no se proporciona junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	\$10	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado; debe usarse para realizar un diagnóstico diferencial o como inyección terapéutica para eliminar o controlar una enfermedad o estado anormal</i>
D9211	Anestesia por bloqueo regional	\$20	
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	\$60	
D9215	Anestesia local junto con procedimientos operativos o quirúrgicos	\$15	
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	\$45	
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primeros 15 minutos	\$45	<i>Se cubre solo cuando la administra un Dentista Contratado para una cirugía bucal cubierta; 4 de (D9222, D9223) por fecha de servicio</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada 15 minutos adicionales posteriores	\$45	<i>Se cubre solo cuando la administra un Dentista Contratado para una cirugía bucal cubierta; 4 de (D9222, D9223) por fecha de servicio</i>
D9230	Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis	\$15	<i>(Si estuviera disponible)</i>
D9239	Sedación o analgesia intravenosa moderada (en estado consciente): primeros 15 minutos	\$60	<i>Se cubre solo cuando la administra un Dentista Contratado para una cirugía bucal cubierta; 4 de (D9239, D9243) por fecha de servicio</i>
D9243	Sedación/analgesia intravenosa moderada (en estado consciente): cada 15 minutos adicionales posteriores	\$60	<i>Se cubre solo cuando la administra un Dentista Contratado para una cirugía bucal cubierta; 4 de (D9239, D9243) por fecha de servicio</i>
D9248	Sedación no intravenosa en estado consciente	\$65	<i>Si estuviera disponible; 1 por fecha de servicio por Dentista Contratado</i>
D9310	Consulta: servicio de diagnóstico brindado por un dentista o un médico distinto al dentista o médico que lo solicita	\$50	
D9311	Consulta con un profesional de la salud	Sin cargo	
D9410	Consulta a domicilio/en un centro de cuidado a largo plazo	\$50	<i>1 por Afiliado por fecha de servicio</i>
D9420	Consulta en un centro de cirugía hospitalaria o ambulatoria	\$135	
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual): no se brindan otros servicios	\$20	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado</i>
D9440	Visita al consultorio: después del horario habitual	\$45	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado</i>
D9610	Medicamento terapéutico por vía parenteral, una sola administración	\$30	<i>4 inyecciones (D9610, D9612) por fecha de servicio</i>
D9612	Medicamentos terapéuticos por vía parenteral, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	\$40	<i>4 inyecciones (D9610, D9612) por fecha de servicio</i>
D9910	Aplicación de medicamento para quitar la sensibilidad	\$20	<i>1 en un periodo de 12 meses por Dentista Contratado; dientes permanentes</i>

Código	Descripción	El Afiliado pediátrico paga	Aclaración/limitaciones para Afiliados Pediátricos
D9930	Tratamiento de complicaciones (posteriores a la cirugía): circunstancias inusuales, por informe	\$35	<i>1 por fecha de servicio por Dentista Contratado, en un plazo de 30 días después de una extracción</i>
D9950	Análisis de oclusión: montaje en articulador	\$120	<i>Se requiere autorización previa; 1 cada 12 meses para la disfunción de unión temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) diagnosticada; dientes permanentes; mayores de 13 años</i>
D9951	Ajuste oclusal: limitado	\$45	<i>1 en un periodo de 12 meses por cuadrante por Dentista Contratado; mayores de 13 años</i>
D9952	Ajuste oclusal: completo	\$210	<i>1 en un periodo de 12 meses después del análisis de oclusión - montaje en articulador (D9950) para la disfunción de unión temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) diagnosticada; dientes permanentes; mayores de 13 años</i>
D9995	Teleodontología: síncrona; servicios en tiempo real	Sin cargo	
D9996	Teleodontología: asíncrona; información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior	Sin cargo	
D9997	Manejo de caso dental: pacientes con necesidades especiales de cuidado de salud	Sin cargo	
D9999	Procedimiento complementario no especificado, por informe	Sin cargo	<i>Se deberá usar: para un procedimiento que no se describa adecuadamente con un código del CDT o para un procedimiento que tenga un código del CDT que no sea un Beneficio, pero que el paciente tenga una enfermedad excepcional que justifique la necesidad médica. La documentación deberá incluir las enfermedades específicas que se hayan atendido con el procedimiento, la justificación que demuestre la necesidad médica, cualquier antecedente pertinente y el tratamiento realizado.</i>

#### Notas finales:

Si el Dentista Contratado presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, usted paga los Copagos especificados. 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.

---

Los procedimientos opcionales o mejorados se definen como cualquier procedimiento alternativo presentado por el Dentista Contratado y formalmente acordado por medio de un consentimiento financiero que satisface la misma necesidad dental que un procedimiento cubierto. El Afiliado puede optar por un procedimiento opcional o mejorado, sujeto a las limitaciones y exclusiones de este Plan. El cargo que le corresponde pagar al Afiliado es la diferencia que exista entre el cargo que normalmente cobre el Dentista Contratado (o el cargo contratado, cuando corresponda) por el procedimiento opcional o mejorado y el procedimiento cubierto, además de cualquier Copago aplicable al procedimiento cubierto.

**Ejemplo de un procedimiento opcional o actualizado:**

- Si usted elige un procedimiento opcional o actualizado presentado por el Dentista Contratado,
  - Donde se utilicen metales nobles (D6061, D6064, D6071, D6074, D6083, D6087, D6099, D6122); metales altamente nobles (preciosos) (D6059, D6062, D6066, D6067, D6069, D6072, D6076, D6077); o titanio (D6084, D6088, D6094, D6097, D6194, D6195, D6784) para una corona sostenida con implante/dientes de soporte o un retenedor de puente fijo; y
  - El Dentista Contratado cobra una tarifa adicional de laboratorio

Entonces, usted será responsable de la tarifa cobrada por el laboratorio que sea equivalente a la diferencia entre el cargo más alto del servicio opcional y el cargo más bajo del servicio habitual o del procedimiento estándar.

**Notas al pie de página adicionales para los Diseños del Plan de Beneficios Dentales Estándar de Covered California para 2024**

**Notas sobre los EHB dentales pediátricos (únicamente correspondientes a la parte pediátrica del Plan dental infantil o el Plan dental familiar)**

1. En un plan con dos o más hijos, los pagos de cargo compartido que cada hijo individual efectúe para pagar servicios que son de la red contribuyen al deducible que es de la red familiar, si corresponde, así como el límite máximo de los gastos de bolsillo familiar.
2. En un plan con dos o más niños, los pagos de costo compartido que cada niño individual haga para pagar servicios cubiertos que no son de la red contribuyen al deducible que no es de la red familiar, si corresponde, así como el límite máximo de los gastos de bolsillo familiar.
3. La administración de estos diseños de planes debe cumplir los requisitos del plan de referencia de EHB dentales pediátricos, incluida la cobertura de servicios en circunstancias de necesidad médica, según se define en el Beneficio de evaluación, diagnóstico y tratamiento regulares y tempranos (“EPSDT”, por sus siglas en inglés).
4. En la medida en que los planes dentales puedan ofrecer Teleodontología, se ofrecerá sin cargo.

---

## LISTA B

### Limitaciones y exclusiones de Beneficios para los Afiliados Pediátricos (menores de 19 años de edad)

#### DeltaCare USA

#### HMO dental infantil para pequeñas empresas

#### Limitaciones de los Beneficios para Afiliados pediátricos

1. La frecuencia de algunos Beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se señalan en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos para Afiliados pediátricos* ("Lista A"). Las solicitudes adicionales, más allá de las limitaciones de frecuencia mencionadas, para procedimientos de profilaxis (D1110, D1120, D1206, D1208 y D4346) se considerarán para su Autorización previa cuando la necesidad médica documentada se justifique por una limitación física o una enfermedad bucal que impida la higiene bucal diaria.
2. Un empaste (D2140-D2161, D2330-D2335, D2391-D2394) es un Beneficio para la eliminación de caries, para arreglos menores de la estructura dental o para reemplazar un empaste perdido.
3. Una corona (D2390 y códigos cubiertos solo entre D2710-D2791) es un Beneficio cuando no hay una estructura dental suficiente para soportar un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional o restaurable, y que cumple la limitación de más de cinco años (más de 60 meses).
4. El reemplazo de una corona existente (D2390 y códigos cubiertos solo entre D2710-D2791), de una dentadura postiza parcial fija (puente) (códigos cubiertos solo entre D6211-D6245, D6251, D6721-D6791) o de una dentadura postiza extraíble completa (D5110, D5120) o parcial (códigos cubiertos solo entre D5211-D5214, D5221-D5224) está cubierto cuando:
  - a. la restauración, el puente o la dentadura postiza existente ya no es funcional ni puede volver a serlo mediante un arreglo o un ajuste; y
  - b. Se presente alguna de las siguientes situaciones:
    - la restauración, el puente o la dentadura postiza existente que no es funcional se colocó cinco años o más (más de 60 meses) antes de su reemplazo, o
    - si una dentadura postiza parcial existente tiene menos de cinco años (60 meses) de antigüedad, pero debe reemplazarse con una dentadura postiza parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural que no pueda reemplazarse mediante la adición de otro diente a la dentadura postiza parcial existente.
5. Cobertura para la colocación de una dentadura postiza parcial fija (puente) (códigos cubiertos solo entre D6211-D6245, D6251, D6721-D6791) o de una dentadura postiza parcial extraíble (códigos cubiertos solo entre D5211-D5214, D5221-D5224):
  - a. Dentadura postiza parcial fija (puente):
    - Una dentadura postiza parcial fija es un Beneficio únicamente cuando el estado clínico o el empleo excluyan el uso de una dentadura postiza parcial extraíble.
    - El único diente que se reemplazará en el arco dentario es un diente anterior, y los dientes de soporte no están involucrados de forma periodontal; o
    - el nuevo puente sustituiría a uno existente pero no funcional, utilizando dientes de soporte y pónicos idénticos; o
    - Cada diente de soporte al que se le colocará la corona cumple la limitación n.º 3.
  - b. Dentadura postiza parcial extraíble:
    - Molde de metal (D5213, D5214, D5223, D5224), faltan uno o más dientes en un arco dentario.
    - Con base de resina (D5211, D5212, D5221, D5222), faltan uno o más dientes en un arco dentario y los dientes de soporte tienen una enfermedad periodontal extensiva.

- 
6. Las dentaduras postizas inmediatas (D5130, D5140, D5221-D5224) están cubiertas cuando se presentan una o más de las siguientes condiciones:
    - a. las radiografías exponen caries extensas o generalizadas, o
    - b. revelan un compromiso periodontal grave, o
    - c. faltan muchos dientes, lo que provoca una disminución de la capacidad de masticar, en perjuicio de la salud del Afiliado.
  7. Servicios de prótesis maxilofacial (códigos cubiertos solo entre D5911-D5999) para la reconstrucción anatómica y funcional de las regiones del hueso maxilar y la mandíbula, así como sus estructuras asociadas, que falten o tengan defectos debido a una intervención quirúrgica, un traumatismo (excepto fracturas simples o compuestas), una patología, malformaciones congénitas o del desarrollo.
  8. Todos los procedimientos prótesis maxilofacial (códigos cubiertos solo entre D5911-D5999) requieren autorización previa para los procedimientos necesarios desde el punto de vista médico.
  9. Los servicios de implante (códigos cubiertos solo entre D6010-D6199) son un Beneficio que se proporciona únicamente para estados clínicos excepcionales. Los estados clínicos excepcionales incluyen, pero no se limitan a:
    - a. cáncer en la cavidad bucal que requiera cirugía para extirpación o radiación que conlleve a la destrucción del hueso alveolar, de manera que las estructuras óseas restantes sean incapaces de soportar una prótesis dental convencional;
    - b. atrofia grave de la mandíbula o del hueso maxilar que no se pueda corregir con procedimientos de extensión vestibular (D7340, D7350) o procedimientos de aumento óseo (D7950), y las prótesis convencionales no son funcionales para el Afiliado;
    - c. deformidades esqueléticas que impidan el uso de una prótesis convencional (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
  10. Los códigos de procedimiento de disfunción de unión temporomandibular (“TMJ”, por sus siglas en inglés) (códigos cubiertos solo entre D7810 y D7880) se limitan al diagnóstico diferencial y al tratamiento sintomático, y requieren Autorización previa.
  11. Ciertos procedimientos de la lista realizados por un Especialista contratado pueden considerarse básicos según la cobertura médica del Afiliado. Los Beneficios dentales se coordinarán de manera correspondiente.
  12. La sedación profunda o anestesia general (D9222, D9223) o la sedación intravenosa consciente o analgesia (D9239, D9243) para los procedimientos cubiertos requieren documentación para justificar la necesidad médica basada en limitaciones físicas o mentales o en una contraindicación a un agente de la anestesia local.

### **Exclusiones de los Beneficios para Afiliados pediátricos**

1. Cualquier procedimiento que no se mencione específicamente en la *Lista A*, excepto que las leyes federales o estatales lo exijan.
2. 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.
3. Pérdida o robo de dentaduras postizas completas o parciales (códigos cubiertos solo entre D5110-D5140, D5211-D5214, D5221-D5224), separadores (D1510-D1575), coronas (D2390 y códigos cubiertos solo entre D2710-D2791), dentaduras postizas fijas parciales (puentes) (códigos cubiertos solo entre D6211-D6245, D6251, D6721-D6791) u otros aparatos.
4. Los gastos dentales relacionados con cualquier procedimiento dental que se haya iniciado después del término de la elegibilidad para recibir cobertura.



- 
5. Los gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental antes de que el Afiliado fuera elegible para acceder a este plan. Algunos ejemplos incluyen: preparación de los dientes para la colocación de coronas, elementos parciales y dentaduras postizas, conductos radiculares en progreso.
  6. Malformaciones congénitas (p. ej., falta de dientes congénita, dientes supernumerarios, displasia de la dentina y del esmalte, etc.), a menos que estén incluidas en la Lista A.
  7. Entrega de medicamentos que normalmente no se administran en un centro dental, a menos que estén incluidos en la Lista A.
  8. Todo procedimiento que, según la opinión profesional del Dentista Contratado, el Especialista contratado o el asesor del plan dental:
    - 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.
  9. Servicios dentales recibidos en cualquier centro dental que no sea del Dentista Contratado y asignado, incluidos los servicios de un especialista dental, a menos que esté expresamente autorizado, o según se estipula en las secciones "Servicios dentales de emergencia" y "Servicios dentales de urgencia" del EOC. Para obtener una Autorización por escrito, el Afiliado debe llamar a Atención al Cliente de Delta Dental al 888-282-8528.
  10. Consultas (D9310, D9311) u otros servicios de diagnóstico (códigos cubiertos solo entre D0120-D0999), para Beneficios no cubiertos.
  11. Implantes de dientes individuales (códigos cubiertos solo entre D6000- D6199).
  12. Restauraciones (códigos cubiertos solo entre D2330-D2335, D2391-D2394, D2710-D2791, D6211-D6245, D6251, D6721-D6791) colocadas únicamente por motivos estéticos, abrasión, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, o por malformaciones dentales congénitas o del desarrollo.
  13. Los procedimientos preventivos (códigos cubiertos solo entre D1110-D1575), endodónticos (códigos cubiertos solo entre D3110-D3999) o de restauración (códigos cubiertos solo entre D2140-D2999) no son un Beneficio para que los dientes sean retenidos para sobredentaduras.
  14. Las dentaduras postizas parciales (códigos cubiertos solo entre D5211-5214, D5221-D5224) no son un Beneficio para reemplazar terceras muelas faltantes, a menos que el tercer molar ocupe la posición de un primer o segundo molar o sea un diente de soporte para una dentadura postiza parcial con ganchos o soportes con molde.
  15. Aparatos o restauraciones que se necesiten para aumentar la dimensión vertical, sustituir o estabilizar la pérdida de estructura dentaria por desgaste, realineación de dientes (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999), ferulización periodontal (D4322-D4323), modelados gnatólogicos, equilibración (D9952) o tratamiento de alteraciones de la TMJ (códigos cubiertos solo entre D0310-D0322, D7810-D7899), a menos que estén incluidos en la Lista A.
  16. Dientes de dentaduras postizas de porcelana o dentaduras postizas parciales fijas (overlays, implantes y aparatos relacionados con estos) (D6940, D6950) y personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.
  17. Extracción de dientes (D7111, D7140, D7210, D7220-D7240, D7241, D7250), cuando los dientes sean asintomáticos o no patológicos (no se observan signos ni síntomas de patología ni infección), incluida, entre otros servicios, la extracción de terceros molares.
  18. Modalidades de tratamiento de disfunción de unión temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) que involucran prostodoncia (D5110-D5224, D6211-D6245, D6251, D6721-D6791), ortodoncia (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999) y rehabilitación oclusal total o parcial, o procedimientos de disfunción de TMJ (códigos cubiertos solo entre D0310-D0322, D7810-D7899) únicamente para el tratamiento del bruxismo.



- 
19. Vestibuloplastia o procedimientos de extensión de la cresta (D7340, D7350) realizados en la misma fecha de servicio que las extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco dentario.
  20. Sedación profunda o anestesia general (D9222, D9223) para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para sedación intravenosa consciente o analgesia (D9239, D9243).
  21. Sedación intravenosa consciente o analgesia (D9239, D9243) para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para sedación profunda o anestesia general (D9222, D9223).
  22. La inhalación de óxido nitroso (D9230) cuando se administre con otros procedimientos de sedación cubiertos.
  23. Cuidado dental cosmético (excluir los códigos cubiertos en esta lista si se realiza por motivos puramente cosméticos: D2330-D2394, D2710-D2751, D2940, D6211-D6245, D6251, D6721-D6791, D8000-D8999).

### **Ortodoncia necesaria desde el punto de vista médico para Afiliados pediátricos**

1. Los Servicios Ortodónticos se limitan a los siguientes estados clínicos de calificación automática:
  - a. Deformidad de paladar hendido. Si el paladar hendido no es visible en los moldes de diagnóstico, deberá presentarse documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de Autorización previa.
  - b. Anomalía craneofacial. Deberá presentarse documentación escrita de un especialista acreditado, en su membrete profesional, con la solicitud de Autorización previa.
  - c. Sobremordida vertical profunda en la que los incisivos inferiores estén destruyendo el tejido blando del paladar.
  - d. Mordida cruzada de los dientes anteriores individuales que cause la destrucción de los tejidos blandos.
  - e. Resalte mayor de 9 mm o resalte inverso mayor de 3.5 mm.
  - f. Desviación traumática grave.
2. Debe presentarse la siguiente documentación con la solicitud de Autorización previa para recibir servicios de un Ortodoncista contratado:
  - a. el formulario de reclamación de la American Dental Association (ADA) de 2006 o más reciente con los códigos de los servicios solicitados;
  - b. los modelos del estudio de diagnóstico (recortados) con el registro de la mordida o su equivalente en OrthoCad;
  - c. la radiografía cefalométrica o la radiografía panorámica;
  - d. la hoja de puntuación de la desviación labiolingual discapacitante (HLD, por sus siglas en inglés) completada y firmada por el Ortodoncista contratado; y
  - e. el plan de tratamiento.
3. La cobertura para tratamiento de ortodoncia completo (D8080) requiere documentación aceptable de maloclusión discapacitante, conforme surja de una puntuación mínima de 26 puntos en el Formulario de la hoja de puntuación de la modificación de California para el índice de desviación labiolingual discapacitante ("HLD", por sus siglas en inglés) y los moldes de diagnóstico antes del tratamiento (D0470). Tratamiento de ortodoncia completo (D8080):
  - a. se limita a los Afiliados que tengan entre 13 y 18 años con dentición permanente sin paladar hendido o anomalía craneofacial; pero
  - b. puede comenzar al momento del nacimiento en los pacientes con paladar hendido o anomalía craneofacial.

- 
4. La terapia con aparatos extraíbles (D8210) y la terapia con aparatos fijos (D8220) se limitan a Afiliados de entre 6 y 12 años, una vez de por vida, para tratar la succión del pulgar o la protrusión lingual.
  5. El Beneficio para un examen previo al tratamiento de ortodoncia (D8660) incluye las imágenes fotográficas bucales o faciales necesarias (D0350, D0703, D0801, D0802, D0803, D0804). No se pueden cobrar al Afiliado ni al plan los procedimientos D0350, D0703, D0801, D0802, D0803 o D0804 cuando acompañen a un examen previo al tratamiento de ortodoncia.
  6. El número de consultas de tratamiento de ortodoncia regulares cubiertas (D8670) y la duración de la ortodoncia activa cubierta se limita a un límite máximo de hasta:
    - a. maloclusión discapacitante - ocho (8) consultas trimestrales;
    - b. paladar hendido o anomalía craneofacial: seis (6) consultas trimestrales para el tratamiento de la dentición primaria;
    - c. paladar hendido o anomalía craneofacial: ocho (8) consultas trimestrales para el tratamiento de la dentición mixta; o
    - d. paladar hendido o anomalía craneofacial - diez (10) consultas trimestrales para el tratamiento de la dentición permanente.
    - e. manejo del crecimiento facial - cuatro (4) consultas trimestrales para el tratamiento de la dentición primaria;
    - f. manejo del crecimiento facial - cinco (5) consultas trimestrales para el tratamiento de la dentición mixta;
    - g. manejo del crecimiento facial - ocho (8) consultas trimestrales para el tratamiento de la dentición permanente.
  7. La retención de ortodoncia (D8680) es un Beneficio independiente después de la finalización del tratamiento de ortodoncia completo cubierto (D8080), el cual:
    - a. incluye la extracción de los aparatos y la elaboración y colocación de retenedores (D8680), y
    - b. se limita a los Afiliados menores de 19 años y a una por arco dentario después de la finalización de cada fase de tratamiento activo para la retención de la dentición permanente, a menos que el tratamiento haya sido por paladar hendido o por una anomalía craneofacial.
  8. El Copago se paga al Ortodoncista Contratado que inicia el procedimiento de colocar las bandas en el curso de un tratamiento de ortodoncia con autorización previa (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999). Si después de comenzar a colocar las bandas el Afiliado se cambia a otro ortodoncista contratado para seguir con el tratamiento de ortodoncia, el Afiliado:
    - a. no tendrá derecho a la devolución de las cantidades pagadas con anterioridad; y
    - b. será responsable de todos los pagos, incluido el Copago completo que requiera el nuevo Ortodoncista contratado para completar el tratamiento de ortodoncia.
  9. Si se cancela o termina la cobertura de un Afiliado por cualquier motivo, y este estuviera recibiendo tratamiento de ortodoncia en el momento de la cancelación o terminación (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999), el Afiliado será responsable exclusivamente del pago del tratamiento que se le proporcione después de la cancelación o terminación, excepto:

Si el Afiliado está recibiendo tratamiento de ortodoncia en el momento de la terminación, Delta Dental seguirá proporcionando Beneficios ortodónticos:

- a. por 60 días si el Afiliado realiza pagos mensuales al Ortodoncista contratado; o
- b. hasta 60 días posteriores a la fecha en la que termine la cobertura o hasta la finalización del trimestre en curso, lo que ocurra después, si el Afiliado realiza pagos trimestrales al Ortodoncista contratado.

---

Al final de los 60 días (o al final del trimestre), la obligación del Afiliado se basará en los cargos presentados del Ortodoncista contratado cuando inició el tratamiento. El Ortodoncista contratado prorrateará la cantidad según el número de meses que falten para completar el tratamiento. El Afiliado hará los pagos según lo haya acordado con el Ortodoncista contratado.

10. La ortodoncia, incluidas las evaluaciones bucales y todo el tratamiento, (códigos cubiertos solo entre D8000-D8999) debe ser realizada por un Dentista con la licencia correspondiente o por su personal supervisado, quienes deben actuar dentro del ámbito de las leyes correspondientes.
11. La extracción de aparatos de ortodoncia fijos (D8680) que no sea por la finalización del tratamiento no es un Beneficio cubierto.

**LISTA C**

**Información sobre los Beneficios del plan DeltaCare® USA**

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

(A) Deducibles	Ninguno																								
(B) Límites máximos de por vida	Ninguno																								
(C) Límite máximo anual de los gastos de bolsillo	Individual \$350.00 Varios hijos \$700.00																								
(D) Servicios profesionales	<p>Es posible que el Afiliado deba pagar una cantidad de Copago por cada procedimiento, como se muestra en la <i>Lista A, Descripción de beneficios y copagos</i>, sujeto a las limitaciones y exclusiones del plan.</p> <p>Algunos ejemplos son los siguientes:</p> <table> <tr> <td>Servicios de diagnóstico</td> <td>Sin cargo</td> </tr> <tr> <td>Servicios preventivos</td> <td>Sin cargo</td> </tr> <tr> <td>Servicios de restauración</td> <td>\$20.00 - \$310.00</td> </tr> <tr> <td>Servicios de endodoncia</td> <td>\$20.00 - \$350.00</td> </tr> <tr> <td>Servicios de periodontología</td> <td>\$10.00 - \$350.00</td> </tr> <tr> <td>Servicios de prostodoncia (removible)</td> <td>\$20.00 - \$350.00</td> </tr> <tr> <td>Prótesis maxilofaciales</td> <td>\$35.00 - \$350.00</td> </tr> <tr> <td>Servicios de implantes (solo médicamente necesario)</td> <td>\$25.00 - \$350.00</td> </tr> <tr> <td>Servicios de prostodoncia (fija)</td> <td>\$40.00 - \$350.00</td> </tr> <tr> <td>Cirugía bucal y maxilofacial</td> <td>\$30.00 - \$350.00</td> </tr> <tr> <td>Servicios de ortodoncia (solo médicamente necesario)</td> <td>\$350.00</td> </tr> <tr> <td>Servicios generales complementarios</td> <td>Sin cargo - \$210.00</td> </tr> </table> <p><b>NOTA:</b> Se aplican limitaciones a la frecuencia con la que se pueden obtener algunos servicios. Por ejemplo: las limpiezas están limitadas a una en un periodo de 6 meses.</p>	Servicios de diagnóstico	Sin cargo	Servicios preventivos	Sin cargo	Servicios de restauración	\$20.00 - \$310.00	Servicios de endodoncia	\$20.00 - \$350.00	Servicios de periodontología	\$10.00 - \$350.00	Servicios de prostodoncia (removible)	\$20.00 - \$350.00	Prótesis maxilofaciales	\$35.00 - \$350.00	Servicios de implantes (solo médicamente necesario)	\$25.00 - \$350.00	Servicios de prostodoncia (fija)	\$40.00 - \$350.00	Cirugía bucal y maxilofacial	\$30.00 - \$350.00	Servicios de ortodoncia (solo médicamente necesario)	\$350.00	Servicios generales complementarios	Sin cargo - \$210.00
Servicios de diagnóstico	Sin cargo																								
Servicios preventivos	Sin cargo																								
Servicios de restauración	\$20.00 - \$310.00																								
Servicios de endodoncia	\$20.00 - \$350.00																								
Servicios de periodontología	\$10.00 - \$350.00																								
Servicios de prostodoncia (removible)	\$20.00 - \$350.00																								
Prótesis maxilofaciales	\$35.00 - \$350.00																								
Servicios de implantes (solo médicamente necesario)	\$25.00 - \$350.00																								
Servicios de prostodoncia (fija)	\$40.00 - \$350.00																								
Cirugía bucal y maxilofacial	\$30.00 - \$350.00																								
Servicios de ortodoncia (solo médicamente necesario)	\$350.00																								
Servicios generales complementarios	Sin cargo - \$210.00																								
(E) Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cobertura																								
(F) Servicios de hospitalización	Sin cobertura																								
(G) Cobertura dental de emergencia	Los Beneficios por Servicios Dentales de Emergencia prestados por un dentista que no es de la red se limitan al cuidado necesario para estabilizar la afección del Afiliado o brindar alivio paliativo.																								
(H) Servicios de ambulancia	Sin cobertura																								
(I) Servicios de medicamentos recetados	Sin cobertura																								
(J) Equipo médico duradero	Sin cobertura																								
(K) Servicios de salud mental	Sin cobertura																								
(L) Servicios para tratamiento de adicciones	Sin cobertura																								
(M) Servicios de salud domiciliaria	Sin cobertura																								
(N) Otro	Sin cobertura																								

Cada procedimiento individual dentro de las categorías mencionadas antes, y que esté cubierto por el plan, tiene un Copago específico que se indica en la *Lista A, Descripción de beneficios y copagos* de EOC.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Divulgaciones con su autorización**

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

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

## **SUS DERECHOS SOBRE LA PHI**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

## **QUEJAS**

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

## **CONTACTOS**

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

Delta Dental  
PO Box 997330  
Sacramento, CA 95899-7330

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Divulgación sobre no discriminación

### La discriminación está prohibida por la ley

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

- intérpretes calificados
- información escrita en otros idiomas

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

Los planes Delta Dental PPO están respaldados en estos estados por las siguientes entidades: en California por Delta Dental of California; en el Distrito de Columbia por Delta Dental of the District of Columbia; en Pensilvania y Maryland por Delta Dental of Pennsylvania; en Virginia Occidental por Delta Dental of West Virginia, Inc.; en Delaware por Delta Dental of Delaware, Inc.; en Nueva York por Delta Dental of New York, Inc.; en Alabama, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipi, Montana, Nevada, Texas y Utah por Delta Dental Insurance Company. DeltaCare USA está respaldado en estos estados por las siguientes entidades: en Alabama por Alpha Dental of Alabama, Inc.; en Arizona por Alpha Dental of Arizona, Inc.; en California por Delta Dental of California; en Arkansas, Colorado, Iowa, Massachusetts, Maine, Michigan, Minnesota, North Carolina, North Dakota, Nebraska, New Hampshire, Oklahoma, Oregon, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, Vermont, Washington, Wisconsin y Wyoming por Dentegra Insurance Company; en Alaska, Connecticut, 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](http://es.deltadentalins.com).

### Avisos federales:

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

### Avisos estatales:

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

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

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

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

Delta Dental  
 PO Box 997330  
 Sacramento, CA 95899-7330

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