

## **PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS DEL ESTADO DE KANSAS COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL ADMINISTRADA POR DELTA DENTAL DE KANSAS, INC.**

Delta Dental de Kansas, Inc. es miembro de la Asociación de Planes Dentales Delta, el principal y más grande suscriptor y administrador de cobertura dental grupal en los Estados Unidos. Es un placer servir como administrador de la cobertura de atención dental del Plan de Salud para Empleados del Estado de Kansas, un plan de beneficios diseñado para proteger Su salud bucal y de sus dependientes cubiertos por el Plan. El cuidado dental preventivo regular no solo reduce el costo y la incomodidad generalmente asociada con el trabajo dental extenso, sino que una boca saludable contribuye al bienestar general de cada persona.

Como cualquier arreglo de red de proveedores, la red de dentistas participantes de Delta Dental está siempre en expansión y cambio, por lo que un directorio impreso de proveedores dentales se vuelve poco práctico. Para verificar la participación actual de un Dentista específico, pregunte a su Dentista ANTES de Su visita si participan con Delta Dental. También puede verificar el estado de participación del proveedor accediendo a nuestro sitio web en [www.deltadentalks.com](http://www.deltadentalks.com) o poniéndose en contacto con nuestro departamento de Servicio al Cliente en el área de Wichita al **(316) 264-4511**, o al teléfono gratuito **(800)834-3375**.

Hay limitaciones de la red en Su cobertura dental y no todos los Dentistas participantes de Delta Dental están involucrados en el programa PPO de Delta Dental que es parte de Su cobertura. Para maximizar Sus beneficios y recibir los beneficios al nivel del PPO, por favor asegúrese de verificar que Su Dentista también es parte del programa Delta Dental de Kansas, Inc. PPO.

También se puede acceder a nuestro sitio web para producir Tarjetas de Identificación adicionales para Usted o Sus dependientes cubiertos, así como para verificar el estado de la cobertura y la información. Las preguntas relacionadas con Su cobertura al Servicio de Atención al Cliente a través de los números de teléfono mencionados anteriormente o por correo electrónico a [customerservice@deltadentalks.com](mailto:customerservice@deltadentalks.com).

Esperamos poder servirle a Usted y a todos los Miembros cubiertos por el Plan de Salud para Empleados del Estado de Kansas.

## **DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE LA COBERTURA DE ATENCIÓN DENTAL**

Esta Descripción de Beneficios (de aquí en adelante referida como “Plan”) es emitida a nombre del Estado de Kansas por Delta Dental de Kansas, Inc., (de aquí en adelante referida como “Delta Dental”) una corporación de servicios dentales sin fines de lucro incorporada bajo las leyes de Kansas.

Sólo el costo de los procedimientos necesarios para prevenir o eliminar la enfermedad bucal y para los aparatos o restauraciones necesarias para reemplazar los dientes perdidos son beneficios dentales con cobertura y, por lo tanto, solo si se identifican como un servicio dental con cobertura en esta Descripción de Beneficios. Solo el Tratamiento Menos Costoso Profesionalmente Aceptable (LEPAT en sus siglas en Inglés) está cubierto por este programa y luego solo si se identifica como un beneficio dental cubierto en esta Descripción de Beneficios. Si el Dentista o el Miembro seleccionan un servicio o una opción de beneficio más costoso, el Plan pagará el porcentaje aplicable de la tarifa del Tratamiento Alternativo Menos Costoso para el servicio proporcionado. El resto de los honorarios no es un beneficio cubierto y es Su responsabilidad. El Dentista y el Miembro, no Delta Dental o el Grupo, determinan el curso del tratamiento. El hecho de que el Plan cubra todo o parte del costo del tratamiento es secundario a la decisión de cuál debe ser el tratamiento.

## **DETERMINACIÓN PREVIA DE LOS BENEFICIOS**

***Se recomienda pedir al dentista que presente un plan de tratamiento (predeterminado) siempre que se considere un trabajo dental extenso.*** El Plan determinará la Cantidad Permitida para los servicios cubiertos y asesorará al proveedor. Esto le permite a Usted planificar el costo de los servicios que será Su responsabilidad pagar. El hecho de que Su Dentista no determine previamente los beneficios puede resultar en un costo mayor para Usted que el previsto si, según el criterio profesional del consultor de Delta Dental, el tratamiento no es necesario o el Tratamiento Menos Costoso Profesionalmente Aceptable (LEPAT). Incluso si el Dentista determina previamente los beneficios, no obliga a Delta Dental si Usted ya no es elegible para los beneficios en el momento en que los servicios se realizan realmente o Su Dentista era un Dentista Fuera de la Red de Delta Dental en el momento en que se realizaron los servicios. El tratamiento debe comenzar dentro de seis (6) meses a partir de la fecha en que el plan de tratamiento es presentado a Delta Dental por el Dentista tratante o se debe obtener un nuevo plan de tratamiento y volver a presentarlo a Delta Dental.

Si alguna legislación o regulación estatal o federal está en vigor, promulgada o enmendada que ordena un cambio en los beneficios dentales descritos en este folleto, se harán las modificaciones apropiadas en los beneficios proporcionados.

## DEFINICIONES

A los efectos de la presente Descripción de Beneficios, se aplicarán las siguientes definiciones:

**Lesión Accidental** significa una fuerza inusual y externa aplicada a los dientes. La lesión accidental **No** incluye el daño a los dientes como resultado de una mordedura, masticación, enfermedad o infección.

**Cantidad Permitida** significa la Cantidad Máxima Permitida por el Plan (MPA) para el Tratamiento Alternativo Menos Costoso necesario para restaurar el diente o el arco dental al contorno y la función según lo determinado por el Plan.

**Máximo Anual** significa el beneficio máximo pagadero por el Plan por cada Miembro por Año del Plan.

**Beneficio Básico** se refiere a los beneficios que generalmente se pagan por los Servicios Cubiertos. Estos beneficios se aplican a los Miembros que no se han sometido a una profilaxis (limpieza) de rutina y/o a un examen bucal preventivo en los doce (12) meses anteriores.

**Fecha de Beneficio** significa la fecha de vigencia de la cobertura proporcionada por el Grupo.

**Descripción de Beneficio** se refiere a este folleto y a cualquier enmienda adjunta al mismo.

**Coaseguro** significa una porción de la Cantidad Permitida pagable por Usted generalmente basado en un porcentaje de la Cantidad Permitida para Servicios Cubiertos bajo los términos de la Descripción de Beneficios.

**Tratamiento Cosmético** cuando se describe la Odontología se refiere a los servicios proporcionados por los Dentistas con el fin de mejorar la apariencia bucal cuando la forma y la función son satisfactorias.

**Servicios Cubiertos** son los servicios o suministros proporcionados a Usted por los cuales el Plan hará el pago, como se describe en esta Descripción de Beneficios.

**Deducible** se refiere al monto de la Cantidad Permitida para los Servicios Cubiertos que debe pagar un Miembro antes de que se puedan proporcionar los beneficios para un Servicio Cubierto.

Los montos que se aplican al Deducible se acumulan hasta que se alcanza un máximo especificado en dólares durante un Año Calendario, después del cual no se requiere un monto Deducible adicional para el resto de ese Año Calendario.

**Proveedor PPO de Delta Dental** significa un proveedor dental que ha acordado prestar servicios de acuerdo con los términos y condiciones específicos de la Red PPO de Delta Dental establecida por Delta Dental.

**Proveedor Premier de Delta Dental** significa un proveedor dental que ha acordado prestar servicios de acuerdo con los términos y condiciones específicos de la Red Premier de Delta Dental establecida por Delta Dental.

**Prótesis Dentales** son los dispositivos que reemplazan los dientes perdidos.

**Dentista** significa cualquier persona debidamente autorizada que tenga derecho a ejercer la Odontología en el momento y en el lugar en que se prestan los servicios dentales.

**Dependiente** es una esposa o esposo legal o un hijo o hijastro de la familia del Miembro que cumple con los requisitos de elegibilidad y que está debidamente inscrito para la cobertura del Miembro y en cuyo nombre las primas son pagadas por Usted o el Grupo de Empleadores.

**Beneficio Mejorado** significa los beneficios que se pagan a los Miembros que se han sometido a una profilaxis (limpieza) de rutina y/o a un examen bucal preventivo en los doce (12) meses anteriores. También recibirá beneficios mejorados noventa (90) días después de su recepción.

**Restauración Bucal Completa** significa coronas o restauraciones en diez (10) o más dientes.

**Grupo** significa el Estado de Kansas.

**Incrustación** es un empaste indirecto pre-hecho en un laboratorio dental y debe ser cementado permanentemente por un Dentista. Las incrustaciones encajan en el espacio que queda después de que una cavidad o un relleno antiguo ha sido removido.

**Intraoral** es una serie completa de radiografías que incluye un estudio radiográfico de toda la boca, que suele consistir en 14-22 imágenes periapicales y de aleta de mordida posterior destinadas a mostrar las coronas y raíces de todos los dientes, las zonas periapicales y el hueso alveolar.

**Tratamiento Menos Costoso Aceptable Profesionalmente (LEPAT siglas en Inglés)** se refiere a la limitación en esta Descripción de Beneficios que sólo permitirá beneficios para el tratamiento menos costoso.

**Asignación Máxima del Plan (MPA siglas en Inglés)** significa:

- a. **Dentistas de la Red** – cuando los servicios son proporcionados por un Dentista de la Red Delta Dental PPO o Premier Delta Dental, la “Asignación Máxima del Plan” o “MPA” significa la menor de las dos: 1) el cargo presentado por el Dentista de la Red Delta Dental para el procedimiento dental, 2) el cargo que dicho Dentista de la Red Delta Dental haya presentado a Delta Dental para el procedimiento dental, si lo hubiera, o 3) el Cargo Máximo del Dentista de la Red Delta Dental.

El "Cargo Máximo del Dentista de la Red Delta Dental" para un Procedimiento Cubierto por el seguro significa la tarifa establecida por Delta Dental. El Cargo Máximo del Dentista de la Red Delta Dental se elabora a partir de varias fuentes, entre ellas, los contratos con los Dentistas, la aportación de los consultores dentales, la consideración de la relativa sencillez o complejidad del procedimiento, los cargos facturados por los mismos procedimientos por los Dentistas de Kansas, y cualquier otra información que Delta Dental, a su entera discreción, considere apropiada.

- b. **Dentistas Fuera de la Red** – en el caso de los Dentistas Fuera de la Red, la MPA significa el menor de los siguientes importes: la tarifa presentada por el Dentista Fuera de la Red para el procedimiento dental o el Cargo Máximo del Dentista Fuera de la Red Delta Dental.

El "Cargo Máximo del Dentista Fuera de la Red Delta Dental" para un Procedimiento Cubierto por el seguro significa el cargo establecido por Delta Dental de vez en cuando. El Cargo Máximo del Dentista Fuera de la Red Delta Dental se desarrolla a partir de varias fuentes, incluyendo, pero no limitado a contratos con Dentistas, aportes de consultores dentales, consideración de la relativa simplicidad o complejidad del procedimiento, los cargos facturados por los mismos procedimientos por los Dentistas en el área del Estado en el que se prestan los servicios, y cualquier otra información que Delta Dental, a su sola discreción, considere apropiada. Por lo general, el cargo de los Dentistas Fuera de la Red Delta Dental.

- c. **Dentista Fuera del Estado** – Para los servicios facturados por Dentistas Fuera del Estado de Kansas, el Cargo Máximo de Delta Dental se basa en la información del área geográfica en la que el Dentista realiza el procedimiento.

**Miembro** significa un participante inscrito en el Grupo que cumple y sigue cumpliendo todos los requisitos de elegibilidad para participar en los programas de beneficios de salud y dentales establecidos por el Grupo.

**Dentista Fuera de la Red** significa un proveedor dental que no tiene contrato con Delta Dental para participar en la PPO de Delta Dental o en las Redes Premier de Delta Dental.

**Empaste** es un empaste indirecto que se hace previamente en un laboratorio dental y debe ser cementado permanentemente por un Dentista. Un "empaste" se coloca en el diente y construye su forma.

**Película Panorámica** es una radiografía de toda la boca.

**Plan** significa todos los beneficios dentales cubiertos, exclusiones y artículos enumerados en esta Descripción de Beneficios que es administrada por Delta Dental para el Grupo.

**Año del Plan** significa el período de tiempo que comienza a las 12:01 del 1° de enero y termina la medianoche del 31 de diciembre de cada año.

**Predeterminación de Beneficios** significa que antes de realizar los servicios, el proveedor presenta al Plan una factura detallada, incluyendo los procedimientos recomendados y los cargos propuestos para los procedimientos que se le recomiendan a Usted. El Plan revisa los servicios y cargos presentados y determina el Monto Permitido para los servicios cubiertos y asesora al proveedor. Una predeterminación no garantiza el pago, pero le proporciona una estimación de sus posibles gastos de bolsillo.

**Usted o Sus medios** significan el Miembro.

## LISTA DE BENEFICIOS DEL PLAN DENTAL 2023

	Proveedor de la Red PPO	Proveedor Premier de la Red	*Proveedor Fuera de la Red
Máximo Anual de Beneficios (incluyendo los Servicios de Implantes)	\$1,700 por Miembro		
Máximo Beneficio de Por Vida de Ortodoncia	50% de Coaseguro hasta \$1,000 por Miembro de por vida		
Servicios de Diagnóstico y Prevención	No Deducible		
Servicios Básicos de Restauración	\$50 por persona por Año del Plan Sin exceder un Deducible familiar anual de \$150		
Principales Servicios de Restauración			
<b><u>BENEFICIO BÁSICO</u></b>			
<b>Se aplica cuando <u>NO</u> se ha realizado al menos una limpieza de rutina y/o un examen oral preventivo en los últimos (12) meses.</b>			
Servicios de Diagnóstico y Prevención	Cantidad Permitida cubierta en su totalidad por el Plan*		
	(% el miembro pagar)		
Servicios Básicos de Restauración	50%	50%	50%
Principales Servicios de Restauración	60%	70%	70%
Cobertura de Implantes	60%	70%	70%
<b><u>BENEFICIO MEJORADO</u></b>			
<b>Se aplica cuando se ha realizado al menos una limpieza de rutina y/o un examen oral preventivo en los últimos (12) meses.</b>			
Servicios de Diagnósticos y Prevención	Cantidad Permitida cubierta en su totalidad por el Plan*		
	(% el miembro pagar)		
Servicios Básicos de Restauración	20%	40%	40%
Principales Servicios de Restauración	50%	50%	50%
Cobertura de Implantes	50%	50%	50%

\* Los Servicios por proveedores Fuera de la Red están sujetos a la Cantidad Permitida, incluida la Asignación Máxima del Plan para los Proveedores Fuera de la Red. Cualquier cantidad que supere la Cantidad Permitida será responsabilidad del Miembro. Su Coaseguro aumentará para los Servicios Básicos de Restauración cuando no haya tenido una profilaxis de rutina (limpieza) y/o un examen bucal preventivo en el período de doce (12) meses anteriores. Noventa (90) días después de recibir una profilaxis (limpieza) o un examen bucal preventivo que reúna los requisitos, Usted podrá acceder al Nivel de Beneficio Mejorado. El Plan se reserva el derecho de determinar qué servicios cumplen con la definición de profilaxis (limpieza) de rutina y examen bucal preventivo. La profilaxis (limpieza) de rutina y los exámenes preventivos no incluirán ningún servicio prestado en caso de emergencia o para el tratamiento de una lesión en los dientes.

## Servicios Cubiertos

### SERVICIOS PREVENTIVOS

Los siguientes servicios son considerados Servicios Preventivos por el Plan. Los Servicios Preventivos no están sujetos al Máximo Anual de Beneficios.

- **EXÁMENES BUCALES DE RUTINA Y/O PROFILAXIS:**

Prevé:

- Examen Bucal y/o profilaxis (limpiezas):
  - Cubierto dos (2) veces por Miembro por Año del Plan
  - Incluye mantenimiento periodontal
- Radiografías de Mordida:
  - Un juego es de cuatro (4) radiografías de mordida
  - Cubierto con el examen bucal y/o la profilaxis
  - Dos (2) juegos de radiografías de mordida por Año del Plan para Miembros hasta los dieciocho (18) años
  - Un (1) juego de radiografía de mordida por Año del Plan para Miembros de dieciocho (18) años o más

- **RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS:**

- Película Panorámica o series Intraoral
- Cubierto una (1) vez cada cinco (5) años

- **ATENCIÓN AUXILIAR:**

- Proporciona visitas al Dentista para el alivio de emergencia del dolor.

- **SERVICIOS ADICIONALES PARA MIEMBROS QUE SON NIÑOS:**

- Flúor tópico para lo siguiente:
  - Miembros hasta los dieciocho (18)
  - Cubierto dos (2) veces por Año del Plan
- El mantenedor de espacio es cubierto para lo siguiente:
  - Miembros menores de (15) años
  - La pérdida prematura de los molares primarios
- Los selladores son cubiertos para lo siguiente:
  - Miembros hasta los dieciocho (18) años
  - Cubiertos una (1) vez cada cuatro (4) años
  - Cuando se aplican a molares permanentes sin caries o restauraciones en la superficie oclusal

# ODONTOLOGÍA RESTAURADORA BÁSICA

Su Coaseguro aumentará para los Servicios Básicos de Restauración cuando no se haya sometido a una profilaxis (limpieza) de rutina y/o a un examen bucal preventivo en el período de doce (12) meses anteriores. Noventa (90) días después de recibir una profilaxis (limpieza) o un examen bucal preventivo que reúna los requisitos, Usted podrá optar al Nivel de Beneficio Mejorado. El Plan se reserva el derecho de determinar qué servicios cumplen con la definición de profilaxis (limpieza) de rutina y examen bucal preventivo. La profilaxis (limpieza) de rutina y los exámenes preventivos no incluirán ningún servicio prestado en caso de emergencia o para el tratamiento de una lesión en los dientes.

- **RELLENOS:** Proporciona restauraciones de amalgama (plata); restauraciones de resina compuesta (blanca) para los afiliados de doce (12) años o más; y coronas de acero inoxidable para los afiliados de todas las edades.
- **LESIONES ACCIDENTALES:** Las visitas al consultorio y las radiografías que pueden ser necesarias para el diagnóstico o el tratamiento de lesiones accidentales en los dientes cuando no se proporcionan como parte de un examen bucal de rutina o profilaxis.
- **CIRUGIA BUCAL:** Proporciona extracciones y procedimientos quirúrgicos bucales relacionados realizados por el Dentista; incluyendo la atención pre y post operatoria.
- **ENDODONCIA:** Incluye procedimientos para tratamientos de conductos y empastes radiculares.
- **PERIODONCIA:** Incluye los procedimientos para el tratamiento de las enfermedades de las encías y del hueso que sostiene los dientes.

## PRINCIPAL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

- **CORONAS:** Cuando los dientes no pueden ser restaurados con un material de relleno que figura en la Odontología Restauradora Básica, prevé restauraciones de oro y coronas individuales.
- **PRÓTESIS:** Puentes, implantes (se recomienda la determinación previa de los implantes), prótesis parciales y completas, incluyendo reparaciones y ajustes.
- **TMJ: El Plan de Tratamiento debe ser preautorizado por Delta Dental.** El tratamiento se limita a procedimientos específicos no quirúrgicos relacionados con la Disfunción de la Articulación Temporomandibular. **Solo se cubren los siguientes procedimientos:**
  - 07820–Reducción Cerrada de la Dislocación
  - 07880–Dispositivo Ortopédico Oclusal
  - 09951–Ajuste Oclusal (limitado)
  - 09952–Ajuste Oclusal (completo)

## DISPOSICIONES ADICIONALES CUBIERTAS

- a. Los beneficios están disponibles para una superficie dental solo una (1) vez dentro de un período de veinticuatro (24) meses, independientemente del número o las combinaciones de restauraciones colocadas en ella.
- b. Están cubiertas las restauraciones de amalgama (plata) y de resina compuesta (blanca).
- c. Las carillas se consideran un tratamiento opcional. El pago del beneficio se realizará por el procedimiento de restauración adecuado al grado de deterioro del diente.
- d. Los beneficios disponibles para todas las incrustaciones se basan en la Cantidad Permitida para una amalgama de igual superficie (restauración de plata), siendo Usted responsable de la diferencia de costo, si la hubiera. Las incrustaciones realizadas en lugar de un empaste son elegibles una (1) vez cada dos (2) años.
- e. El pago de la terapia de conductos radiculares se limita a una (1) vez en cualquier período de veinticuatro (24) meses en el mismo diente.
- f. Las coronas individuales están cubiertas de la siguiente manera:
  - (1) Las coronas individuales y/o Recubrimientos en el mismo diente son un beneficio cubierto solo una (1) vez en cualquier período de cinco (5) años. El período de tiempo se medirá a partir de la fecha en que se le suministró la corona u Recubrimiento, independientemente de que esta cobertura estuviera vigente en el momento del servicio.
  - (2) Si un Miembro requiere una corona en un diente al que previamente se le ha colocado una incrustación o una restauración de amalgama o compuesto en un período de dos (2) años, el plan determinará la Cantidad Permitida para la corona restando el monto pagado previamente por la incrustación o la restauración de amalgama o compuesto de la asignación del plan para la corona.
  - (3) Las coronas de porcelana, la porcelana fundida sobre metal o las coronas de resina procesada sobre metal no son beneficios cubiertos para ninguna persona menor de doce (12) años.
  - (4) Solo se permitirá el pago de una corona una (1) vez en un período de doce (12) meses consecutivos.
  - (5) Solo se permitirán dos (2) reparaciones por corona en un período de doce (12) meses.

(6) Las coronas de acero inoxidable son una prestación cubierta y están limitadas a una

(1) en un período de veinticuatro (24) meses.

(7) La cobertura de reconstrucciones de núcleos/coronas, incluidos los perros, se limita a los dientes permanentes que tengan una estructura dental insuficiente.

g. Los aparatos protésicos están sujetos a las siguientes limitaciones:

(1) El afiliado solo puede recibir una (1) prótesis completa superior y una (1) completa inferior en un período de cinco (5) años. El período de tiempo se medirá a partir de la fecha en que la dentadura se suministró por última vez al Miembro, independiente de que la cobertura fuera efectiva en el momento del servicio.

(2) Usted es elegible para una dentadura parcial, Puente fijo o Puente removible una (1) vez en cualquier período de cinco (5) años. El período de tiempo se medirá a partir de la fecha en que se le suministró por última vez la dentadura o el puente, independientemente de que esta cobertura estuviera vigente en el momento del servicio.

(3) La prótesis dental y rebasado (saltos) es un beneficio cubierto solo una (1) vez en cualquier período de treinta y seis (36) meses.

(4) Los ajustes de la dentadura son un beneficio cubierto solo dos (2) veces en cualquier período de doce (12) meses.

(5) No se reemplazará ninguna dentadura existente que, en opinión de Delta Dental, sea satisfactoria o pueda serlo.

(6) Las coronas, cuando se utilizan con fines de pilar, están cubiertas con el mismo coaseguro que el previsto para los puentes y las dentaduras completas y parciales.

(7) Se puede permitir el pago de la reconstrucción de un Puente solo una vez (1) en un período de doce (12) meses consecutivos

(8) Si faltan dientes en ambos cuadrantes de la misma arcada, se permiten beneficios para un parcial bilateral hacia el procedimiento presentado. Si se selecciona un puente u otro procedimiento más costoso, el resto de la tarifa es su responsabilidad.

(9) Solo se permitirán dos (2) reparaciones por prótesis, como puentes, parciales o dentaduras, en un período de doce (12) meses.

(10) Los beneficios para el acondicionamiento de tejidos se limitan a no más de dos (2) por arco por período de treinta y seis (36) meses.

- h. El pago se limita a una (1) vez en cualquier período de veinticuatro (24) meses para todos los procedimientos periodontales, con la excepción del desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal completas, que se paga como profilaxis, sujeto a las mismas limitaciones y se limita una (1) por vida; el mantenimiento periodontal, que se cubre dos (2) veces por año del plan; y el alargamiento de la corona, que no conlleva ninguna limitación.
- i. Los beneficios para una serie de siete (7) radiografías verticales de mordida están disponibles una (1) vez cada dos (2) años en lugar de un (1) conjunto de cuatro (4) radiografías de mordida.
- j. Las radiografías de mordida tomadas dentro de los doce (12) meses siguientes a una serie de radiografías de toda la boca serán rechazadas.
- k. Se rechazará una película panorámica junto con una serie de radiografías de toda la boca.
- l. La toma de mantenedores de espacio está cubierta una (1) vez de por vida.
- m. Los selladores están limitados a una (1) vez cada cuatro (4) años para los dependientes hasta los dieciocho (18) años y están cubiertos en los molares permanentes sin caries o restauraciones en la superficie oclusal y con la superficie oclusal intacta.
- n. La cobertura de la difusión de la articulación temporomandibular (ATM) **DEBE SER AUTORIZADA PREVIAMENTE** y se limita a los servicios especificados en esta sección. Los servicios intraorales que normalmente serían proporcionados por un Dentista licenciado en el alivio de los síntomas bucales asociados con el mal funcionamiento de la ATM están limitados a los siguientes procedimientos:

07820–Reducción cerrada de luxación

07880–Dispositivo ortopédico oclusal

09951–Ajuste oclusal (limitado) 09952–

Ajuste oclusal (completo)

Todos los servicios para la ATM estarán limitados al importe máximo anual. No se proporcionarán más beneficios hasta que hayan pasado cinco (5) años desde el último servicio del curso de tratamiento anterior.

- o. Se permite el pago de anestesia y sedación intravenosa (IV) cuando se proporciona en el consultorio dental para tratamientos o servicios cubiertos solo cuando sea médicamente necesario según lo determine Delta Dental y no para la conveniencia del Miembro y se limita a un máximo de sesenta (60) minutos, por episodio.

- p. La cobertura de injertos óseos se limita al tratamiento necesario para mantener la estructura natural del diente según lo determine el Plan. Este es un beneficio limitado y se le recomienda obtener una determinación previa de la cobertura antes de obtener el tratamiento.

## **COBERTURA DE IMPLANTES**

*Se recomienda pedir al Dentista un plan de tratamiento (predeterminación) siempre que se considere un trabajo dental extenso, como un implante. Esto le permite planificar el costo de los servicios que serán de Su responsabilidad.*

Los servicios de implantes cubiertos incluyen lo siguiente:

- Colocación quirúrgica del implante
- Pilar del implante
- Corona o capa sobre el implante

Todos los servicios cubiertos para la colocación de implantes están sujetos a un Coaseguro del 50% y están incluidos en el Beneficio Máximo Anual regular de 1,700 dólares al año. Usted es responsable de cualquier cantidad que supere el Beneficio Máximo del Plan de 1,700 dólares, además de su Coaseguro. Los implantes no están cubiertos para los Miembros menores de dieciséis (16) años.

La atención y el tratamiento relacionados con un implante, incluyendo cualquier servicio relacionado, están limitados a una (1) vez en cualquier período de cinco (5) años. El período de tiempo se medirá a partir de la fecha en que el procedimiento del implante le fue suministrado por última vez, independientemente de que esta cobertura estuviera vigente en el momento del servicio. La limitación de cinco (5) años de la cobertura de los servicios se aplicará incluso si el Afiliado opta por sustituir el implante por un tratamiento alternativo durante este período de tiempo. La limitación de frecuencia de cinco (5) años en una restauración adicional para cualquier diente sólo debe aplicarse si se ha colocado previamente una restauración en ese diente. Si se ha utilizado una limitación parcial bilateral en cualquier arco (superior o inferior), pero el diente en cuestión estaba presente, la limitación de cinco (5) años no debe aplicarse.

**COBERTURA DE ORTODONCIA:** El tratamiento de ortodoncia recibido en persona y por un proveedor autorizado y los aparatos asociados, los servicios interceptivos y correctivos, están cubiertos con un Coaseguro del 50%. Los tratamientos de ortodoncia no están sujetos a un Deducible y tienen un máximo de por vida de 1,000 dólares por persona. El máximo de por vida para

los servicios de ortodoncia no se aplican el Máximo Anual de Beneficios para otros servicios cubiertos.

El pago de los beneficios de ortodoncia se limitará al máximo por Miembro especificado en el Cuadro de Beneficios del Plan Dental. El pago de los beneficios de ortodoncia se realizará mensualmente según el número de meses de tratamiento establecido por el Dentista en el plan de tratamiento. El plan de tratamiento con la estimación de costos debe ser presentado y aprobado por Delta Dental para el pago antes del tratamiento. El pago de los honorarios iniciales puede realizarse en el momento del tratamiento. Los servicios de ortodoncia son beneficios cubiertos sujetos a las siguientes condiciones y limitaciones:

- (1) El tratamiento de Ortodoncia debe comenzar mientras Usted sea Miembro cubierto para ser elegible bajo la cobertura de este Plan.
- (2) La obligación del Plan cesa si el plan de tratamiento se da por terminado por cualquier motivo.
- (3) La obligación del Plan finaliza cuando Usted deja de ser elegible para la cobertura del Plan, independientemente de que el tratamiento se haya completado.
- (4) El tratamiento puede ser terminado por el Dentista, mediante notificación escrita a Delta Dental y a Usted, por falta de interés y cooperación del miembro.
- (5) Los servicios relacionados con fines de Ortodoncia, tales como, entre otros, las radiografías, las extracciones, los mantenedores de espacio y los modelos de estudio, se pagarán según el porcentaje de Coaseguro de Ortodoncia especificado en el Programa de Beneficios del Plan Dental.
- (6) El Plan no pagará la reparación o sustitución de ningún aparato de Ortodoncia.
- (7) La presentación oportuna para el pago de los servicios de ortodoncia comienza con el inicio del trabajo indicado en el plan de tratamiento.

## **DISPOSICIÓN SOBRE ACCIDENTES DENTALES**

Para recibir los beneficios de esta disposición, debe producirse una Lesión Accidental mientras Usted y/o su(s) dependiente(s) estén cubiertos por este Plan. Los servicios cubiertos en virtud de esta disposición se limitan a tratamientos paliativos y sólo están cubiertos los servicios necesarios para devolver el diente a su estado anterior al accidente. Si existen múltiples procedimientos de igual eficacia que pueden restaurar el diente, se beneficiara del Tratamiento Profesionalmente Aceptable Menos Costoso (LEPAT).

Además, esta disposición no implica que los servicios no cubiertos normalmente por esta Descripción de Beneficios sean prestaciones cubiertas. Las reclamaciones por tratamiento debido a una Lesión Accidental en los dientes se tramitarán de acuerdo con los términos de esta Descripción de Beneficios, pero están sujetas a una limitación de un Máximo Anual de 5.000 dólares. La cobertura para el tratamiento de la estructura de soporte de los dientes, incluyendo la mandíbula, no está cubierta por este Plan y puede ser elegible bajo su cobertura médica. El tratamiento por Lesión Accidental de los dientes debe recibirse en el plazo de un (1) año a partir de la fecha del accidente para que se pague según esta disposición. El tratamiento recibido, que no sea el resultado directo de una Lesión Accidental, estará sujeto al Máximo Anual de Beneficios. Los beneficios pagables por Lesión Accidental de los dientes se limitarán a:

- a. Examen y diagnóstico por parte de un Odontólogo.
- b. Cualquier procedimiento cubierto directamente relacionado con la Lesión Accidental y realizado como resultado de la Lesión Accidental.

## **CÓMO UTILIZAR SU PLAN**

Revise las redes Delta Dental PPO y Delta Dental Premier y seleccione un proveedor. Usted es libre de ir al Dentista de su elección; sin embargo, puede haber una diferencia en la cantidad de pago que hará Delta Dental si el Dentista elegido no es un Proveedor de la Red. Haga una cita y dígame a la oficina del Dentista que Usted está cubierto por Delta Dental.

## **PAGO AL DENTISTA**

Antes de comenzar el tratamiento, asegúrese de discutir con su Dentista el monto total de la factura y la porción, si la hay, que Usted deberá pagar. Solo el Tratamiento Profesionalmente Aceptable Menos Costoso (LEPAT) está cubierto por este programa y solo si se identifica como un beneficio dental cubierto en esta Descripción de Beneficios. Si el Dentista o el Miembro seleccionan un servicio u opción de beneficio más caro, el Plan pagará el porcentaje aplicable de la tarifa del Tratamiento Alternativo Menos Costoso hacia el servicio prestado. El resto de la tarifa no es un beneficio cubierto y es Su responsabilidad. El Dentista y el Miembro, no Delta Dental ni el Grupo, determinan el curso del tratamiento. El hecho de que el Plan cobra todo o parte del costo del tratamiento es secundario a la decisión de cuál debe ser el tratamiento.

Incluso si el Dentista determina previamente los beneficios, esto no obliga a Delta Dental si Usted ya no es elegible para los beneficios en el momento en que los servicios se realizan realmente o su Dentista no era un Dentista de la Red con Delta Dental en el momento en que se realizaron los servicios. El tratamiento debe comenzar dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha en que en que

el plan de tratamiento es presentado a Delta Dental por el Dentista tratante o se debe obtener un nuevo plan de tratamiento y volver a presentarlo a Delta Dental. Cuando los servicios en curso son interrumpidos y completados posteriormente por otro Dentista, Delta Dental revisará la reclamación para determinar la asignación del pago a cada Dentista.

### **DENTISTA DE LA RED PPO DE DELTA DENTAL**

Después del tratamiento, el Dentista debe enviar la reclamación a Delta Dental. Si el Dentista es un Dentista de la Red Delta Dental PPO, Delta Dental hará el pago directo al Dentista por cada procedimiento cubierto. El pago se calculará sobre la cantidad de Coaseguro identificada en el Programa de Beneficios y se basará en la Cantidad Permitida para los servicios. Usted recibirá una notificación del pago de Delta Dental y de la cantidad, si la hubiera, que Usted deba al Dentista.

### **DENTISTA DE LA RED DELTA DENTAL PREMIER**

Si el Dentista es un Dentista de la Red Delta Dental Premier, Delta Dental realizará el pago directo al Dentista por cada procedimiento cubierto. El pago se calculará sobre el monto del Coaseguro identificado en el Programa de Beneficios y se basará en la Cantidad Permitida por los servicios. Usted recibirá una notificación del pago de Delta Dental y de la cantidad, si la hubiera, que Usted debe al Dentista.

### **DENTISTA FUERA DE LA RED**

Para los beneficios y servicios dentales prestados por un Dentista Fuera de la Red, Delta Dental determinará el monto a pagar sujeto a la Cantidad Permitida y al Deducible y coaseguro aplicable. Esta cantidad se le pagará a Usted.

### **TRATAMIENTO DE EMERGENCIA**

La cobertura del Plan incluye servicios para tratamientos de emergencia. Cada consultorio odontológico individual tiene su propio procedimiento de tratamiento de emergencia y los Miembros deben comunicarse con su Dentista y familiarizarse con el procedimiento para las emergencias que ocurren fuera del horario normal de trabajo del Dentista.

### **TRATAMIENTO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Para reclamar la atención odontológica recibida fuera de los Estados Unidos, deberá presentar la documentación y los registros adecuados para su consideración. Usted será responsable de obtener la documentación que incluya, pero no se limite a: una declaración detallada del tratamiento proporcionado que incluya el nombre del Miembro, la fecha del servicio y una descripción de los servicios y el costo del que es responsable. Usted es responsable de proporcionar una traducción al inglés de la reclamación y el tipo de cambio de moneda para la fecha del servicio que figura en la reclamación. También se pueden solicitar radiografías u otros.

También puede ser necesaria la presentación de radiografías u otros documentos justificativos. Se aplican todas las limitaciones y exclusiones del Plan. Solo se tendrán en cuenta para el pago los servicios que reúnan los requisitos de cobertura de este Plan.

## **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

### **1. Los Beneficios y Servicios Odontológicos prestados NO incluirán lo siguiente:**

- a. Cobertura para cualquier Miembro que haya sido, pero ya no sea, una Persona Elegible.
- b. Aparatos para el tratamiento o restauraciones para reemplazar la estructura dental perdida por desgaste, abrasión, bruxismo, erosión o abfracciones.
- c. Los beneficios y servicios para el control de hábitos perjudiciales que incluyan, entre otros, el rechinar de dientes.
- d. Los beneficios y servicios que sean determinados por Delta Dental como Tratamiento Cosmético, incluyendo cirugía; o, Odontología por razones cosméticas.
- e. Medicamentos recetados, premedicaciones y analgesia relativa; cargos de hospital, centro de salud o laboratorio; anestesia general para la Odontología restauradora mostrada; programas de control preventivo; cargos por no acudir a una visita programada; y cargos por rellenar formularios.
- f. Beneficios y servicios que no sean necesarios y habituales según las normas de la práctica odontológica generalmente aceptada.
- g. Beneficios o servicios por lesiones o afecciones indemnizables en virtud de las leyes de compensación laboral o de responsabilidad del empleador; o beneficios o servicios que estén disponibles en cualquier agencia gubernamental federal o estatal, o entidad similar.
- h. Aparatos o restauraciones para alterar la dimensión vertical, para restaurar la oclusión, con fines estéticos; entablillado o equilibrado.
- i. Servicios realizados con el fin de reconstruir toda la boca.
- j. Lesiones o enfermedades odontológicas causadas por la participación en actos de violencia si el Miembro fue un participante activo en los mismos, incluyendo pero sin limitarse a peleas, disturbios o cualquier forma de desobediencia civil; Guerra o acto de Guerra; lesiones sufridas mientras se comete un acto criminal; lesiones autoinfligidas intencionalmente.
- k. Lesiones o enfermedades causadas por una explosión atómica o termonuclear o por la radiación resultante de la misma.

- l. Excepto en el tratamiento de lesiones dentales accidentales, los servicios y procedimientos temporales, incluidos, entre otros, los empastes temporales, los empastes y bases sedantes, las coronas y las prótesis temporales.
- m. El tratamiento, los servicios y los aparatos de banda relacionados con la ortodoncia iniciados antes de la fecha en que Usted se convirtió en Persona Elegible.
- n. Coronas y tratamiento de endodoncia junto con una sobre dentadura.
- o. Reemplazo de prótesis dentales perdidas o robadas o cargos por duplicados de prótesis dentales.
- p. Servicios de educación de los Miembros.
- q. Los beneficios y servicios dentales resultantes de lesiones accidentales derivadas de un accidente automovilístico, en la medida en que dichas prestaciones y servicios sean pagaderos en virtud de cualquier disposición de pago de gastos médicos o dentales (por cualquier terminología que se utilice - incluidos los beneficios exigidos por la ley-) de cualquier póliza de seguro de automóvil. Los gastos excluidos no pueden ser utilizados para ningún propósito bajo la Descripción de Beneficios de la Cobertura de Atención Dental.
- r. Cualquier beneficio, procedimiento o servicio cuyo objetivo sea tratar, modificar, corregir o cambiar una condición o estado existente causado o contribuido por un tratamiento médico u odontológico anterior, cuando el tratamiento anterior se haya realizado de acuerdo con las normas de medicina u odontología generalmente aceptadas en ese momento en la comunidad local donde se realice.
- s. El Plan no garantiza los servicios prestados por su Dentista y no es responsable de pagar la reparación o sustitución de los servicios que se determinen como deficientes.
- t. Los servicios o suministros por los que normalmente no se cobra no están cubiertos.
- u. El costo de la preparación o copia de formularios de reclamaciones dentales, registros o duplicación de radiografías.
- v. Las radiografías tomadas junto con servicios no cubiertos.
- w. Los beneficios por aparatos fijos y restauraciones para la TMJ (siglas en inglés), atención o tratamiento. Reparación o sustitución de cualquier aparato suministrado total o parcialmente para el cuidado o tratamiento de la TMJ.
- x. Tratamiento quirúrgico de la TMJ, incluidos los cuidados auxiliares, como la anestesia y la estancia en el hospital.
- y. Quedan excluidos los procedimientos de diagnóstico no especificados como cubiertos por este contrato.
- z. Se excluyen los injertos óseos para la reparación o restauración de la mandíbula u otras estructuras no especificadas de otro modo como cubiertas por este contrato.

- aa. Beneficios, servicios o aparatos, incluyendo pero no limitándose a prótesis incluyendo coronas y puentes iniciados antes de la fecha en que Usted se convirtió en Persona Elegible.
- bb. Beneficios y servicios dentales que no se hayan completado.

## **INFORMACIÓN GENERAL**

### **REQUISITOS DE PRESENTACIÓN OPORTUNA**

La notificación de su reclamo debe entregarse a Delta Dental dentro de los noventa (90) días posteriores a la recepción del servicio. Usted es responsable de asegurarse de que el Dentista sepa que Usted es elegible bajo el programa y presente el reclamo a Delta Dental. Si un Dentista Fuera de la Red no presenta un reclamo por Usted, deberá hacerlo Usted mismo. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame o escriba a Delta dental.

Si no le es razonablemente posible presentar un reclamo dentro de los noventa (90) días siguientes a la recepción de los servicios, Usted o alguien autorizado por Usted debe presentar el reclamo tan pronto como sea razonablemente posible. No se pagará ningún reclamo si no es recibido por Delta Dental dentro de un (1) año y noventa (90) días después de recibir los servicios.

### **SOLICITUD DE INFORMACIÓN ADICIONAL**

Con el fin de procesar su reclamo, puede haber una ocasión en la que se necesite información adicional. Usted tiene noventa (90) días partir de la fecha en que se solicita esta información para proporcionarla. Si Delta Dental no recibe la información adicional dentro de los noventa (90) días siguientes a la solicitud, el reclamo será rechazado.

## **RECLAMOS Y APELACIONES**

### **1. Propósito.**

Delta Dental reconoce que, de vez en cuando, los Miembros pueden encontrarse con situaciones difíciles en las que se puede desear una revisión adicional. Cuando esto ocurra, se alienta a Usted y a Su Dentista a ponerse en contacto con Delta Dental. La política de Delta Dental es considerar con prontitud y equidad todos los Reclamos y Apelaciones de sus Miembros. En esta sección se describen los procedimientos y los plazos aplicables a las decisiones sobre reclamos y a las decisiones de apelación para los reclamos previos y posteriores al servicio. Es política de Delta Dental ofrecer a los Miembros una revisión completa y justa de las decisiones sobre los reclamos y apelaciones.

### **2. Procedimientos de Reclamos y Apelación.**

a. **Definiciones.** A los efectos de esta Sección de Procedimientos de Reclamo se aplican los siguientes términos y sus definiciones:

- (1) **Decisión Adversa** significa una denegación total o parcial de una predeterminación o de un reclamo posterior al servicio y por la cual Usted es financieramente responsable o, para una predeterminación, por la cual Usted sería financieramente responsable, si obtuviera al servicio.
- (2) **Apelación** significa una solicitud de revisión por escrito de una decisión adversa que es presentada a Delta Dental por el Miembro. Todas las apelaciones deben ser por escrito y enviadas a Delta Dental, P.O. Box 789769, Wichita, Kansas 67278-9769. Los formularios de apelación pueden encontrarse en [www.deltadentalks.com](http://www.deltadentalks.com), o llamando al Servicio de Atención al Cliente al 1 (800) 234-3375 para solicitar un formulario.
- (3) **Reclamo de Beneficios o Reclamo** significa una solicitud de beneficios por escrito realizada por el Miembro de acuerdo con el procedimiento de Delta Dental para presentar reclamos. Un reclamo incluye tanto las predeterminaciones como los reclamos posteriores al servicio. Un reclamo debe ser por escrito y tener suficiente información sobre la cual basar una decisión con respecto a los beneficios de acuerdo con todas las disposiciones de la Descripción de Beneficios, incluyendo, pero no limitado a la siguiente información:
  - A. Número de grupo y Número de Identificación del Miembro;
  - B. Nombre del Miembro y Fecha de Nacimiento;
  - C. Nombre del Dentista y Número de Licencia;
  - D. Número de Reclamo;
  - E. Fecha(s) del Servicio.
- (4) **Predeterminaciones** significa una solicitud de decisión de reclamos cuando la autorización previa de los servicios es requerida por Delta Dental o solicitada por el Miembro. Las solicitudes de información anticipada sobre la posible cobertura de servicios por parte de Delta Dental o la aprobación anticipada de artículos o servicios cubiertos no constituyen determinaciones previas.

(5) **Reclamo Post-Servicio** es una solicitud de decisión sobre reclamos por servicios que se han prestado.

- b. **Decisiones Iniciales sobre Reclamos.** Normalmente, los Miembros recibirán un acuse de recibo por escrito de sus reclamos en un plazo de veinte (20) días a partir de su recepción, a menos que sean remitidos a un comité de revisión o surjan otras circunstancias inusuales, en cuyo caso se avisará al Miembro y se recibirá una respuesta o decisión por escrito en un plazo de treinta (30) días a partir de su recepción.
- c. **Consultor Dental Regional.** Delta Dental es consciente de que la revisión de un formulario de reclamo y de las radiografías puede no ser suficiente para llegar a una decisión en todos los casos. Si Delta Dental determina que es necesaria una revisión adicional, Delta Dental puede confiar en el consejo de consultores dentales regionales para examinar clínicamente a los Miembros. Delta Dental notificará al Dentista tratante si un Miembro es seleccionado para ser examinado por un consultor dental regional. Se pueden realizar exámenes de rutina antes y después del tratamiento para determinar los beneficios contractuales y para verificar que el tratamiento fue proporcionado y cumple con los estándares aceptados de la profesión.
- d. **Apelación de Decisiones Iniciales Adversas (apelación de primer nivel).** El Miembro tiene derecho a apelar la decisión inicial adversa. Se trata de una apelación de primer nivel. La apelación de primer nivel será coordinada y la determinación será tomada por un representante de Delta Dental. Si el Miembro desea una revisión adicional del reclamo, puede solicitar una apelación de segundo nivel.

Los plazos que se aplican a las decisiones de apelación son los siguientes:

<b>Acción</b>	<b>Reclamo Pre-Servicio</b>	<b>Reclamo Post-Servicio</b>
Tiempo para presentar la apelación de primer nivel (desde la fecha en que Delta Dental tomó la decisión inicial adversa)	180 días	180 días
Decisión de Apelación de Primer Nivel de Delta Dental (desde la fecha en que Delta Dental recibe la apelación).	15 días	30 días

- e. **Apelación de decisiones adversas de una apelación de primer nivel (apelación de segundo nivel).** El Miembro tiene derecho a apelar una decisión adversa

de una apelación de primer nivel. se trata de una apelación de segundo nivel. La apelación de segundo nivel será coordinada por Delta Dental y la decisión será tomada por el Grupo. La decisión sobre la apelación de segundo nivel es definitiva.

Los plazos que se aplican a las decisiones de apelación de Segundo nivel son los siguientes:

<b>Acción</b>	<b>Reclamo Pre-Servicio</b>	<b>Reclamo Post-Servicio</b>
Tiempo para presentar la apelación de Segundo nivel (a partir de la fecha en que Delta Dental tomó la decisión adversa sobre la apelación de primer nivel)	90 días	90 días
Decisión sobre la apelación de Segundo nivel (a partir de la fecha en que el Grupo recibe la apelación)	15 días	30 días

## **RESPONSABILIDAD DEL PLAN**

Delta Dental no tendrá ninguna responsabilidad por cualquier conducta de terceros, incluyendo pero no limitado a la conducta tortuosa, negligencia, actos ilícitos u omisión, o cualquier otro acto, de cualquier persona, incluyendo pero no limitado a los empleados, Dentistas, asistentes dentales, higienistas dentales, hospitales o empleados del hospital que reciben o proporcionan servicios, y también no tendrá ninguna responsabilidad por cualquier servicio o instalaciones que, por cualquier razón, no están disponibles para Usted.

## **DERECHO A LA INFORMACIÓN**

Como condición previa a la aprobación de los reclamos en virtud del presente documento, Delta Dental, a su solicitud, tendrá derecho a recibir de cualquier Dentista que lo atienda o lo examine, o de los hospitales en los que se preste la atención de un Dentista, la información y los registros relaciones con su asistencia o examen, o con el tratamiento que se le haya prestado, según sea necesario para la administración de dichos reclamos. Delta Dental, a sus expensas, tendrá el derecho y la oportunidad de requerir que Usted sea examinado cuando y con la frecuencia que razonablemente requiera durante la tramitación de un reclamo bajo esta Descripción de Beneficios y el derecho y la oportunidad de hacer una autopsia si no está prohibido por la ley. La aceptación por su parte de cualquier prestación de cobertura en virtud de esta Descripción de Beneficios constituye el consentimiento automático e irrevocable por su parte y por parte del Proveedor del servicio para la liberación a Delta Dental de todas y cada una de

las informaciones y los registros antes descritos, y una renuncia total por parte de Usted a que cualquier información y registro que de otro modo sea privilegiado.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Delta Dental está de acuerdo en que tiene información de salud individual y otra información de propiedad (colectivamente, “Información”) que es valiosa, especial, privada y única. Delta Dental no divulgará, revelará o comunicará de ninguna manera la información a ningún tercero sin el consentimiento previo por escrito del Miembro. Delta Dental protegerá la información y la tratará como estrictamente confidencial.

## **TERGIVERSACIONES**

Ninguna declaración realizada por el Grupo o por un empleado individual se considerará una garantía, y ninguna declaración del Grupo o del empleado se utilizará en la defensa de un reclamo o en cualquier otra disputa en virtud de la Descripción de Beneficios, a menos que esté contenida en un instrumento estricto, del que se haya proporcionado una copia del Grupo, al empleado o al representante personal del mismo y, si dicha declaración se realizó en la solicitud de esta Descripción de Beneficios, dicha solicitud o una copia exacta de la misma se incluye en este documento o se adjunta a él.

## **ACCIONES LEGALES**

No se iniciará ninguna acción legal o de equidad para recuperar la Descripción de Beneficios antes de que transcurran sesenta (60) días desde que se haya presentado la notificación final de los reclamos de acuerdo con los requisitos de la Descripción de Beneficios, ni se iniciará ninguna acción después de cinco (5) años desde la fecha en que se presentó el reclamo de beneficios del Plan.

## **LEYES APLICABLES**

La totalidad del documento de Descripción de Beneficios se interpretará y hará cumplir de acuerdo con las leyes aplicables del Estado de Kansas y la Ley de Servicios de Salud Pública, excepto en la medida en que dichas leyes queden anuladas por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

## ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS Y SUS DEPENDIENTES

- a. La elegibilidad es determinada por el Grupo.
- b. Al finalizar la cobertura de este Plan, se cubrirán los procedimientos quirúrgicos en curso que se completen dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización de la cobertura y se presenten para su pago dentro de los seis (6) meses siguientes a dicha finalización. A estos efectos, los procedimientos operativos se definen como y se limitan a la terapia de conductos radiculares en dientes permanentes; coronas individuales; prótesis dentales, parciales y completas; y puentes, y se consideran en curso solo si se han completado todos los procedimientos para el inicio del trabajo de laboratorio.

## COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB siglas en inglés)

- a. A los efectos de esta sección, “Este Plan” significa la parte de la Descripción de Beneficios que proporciona los beneficios que están sujetos a esta disposición. “Este Plan” no duplicará los beneficios del servicio de atención odontológica a los que Usted tiene derecho bajo cualquiera de los siguientes planes:
  - (1) Seguro de grupo, general o de franquicia.
  - (2) Práctica de grupo, práctica individual y otro tipo de prepago de cobertura sobre una base de grupo. (Esto incluye los contratos de grupo emitidos por el Plan).
  - (3) Planes de confianza laboral.
  - (4) Planes de bienestar sindical.
  - (5) Programa de organización de beneficios para empleados.
  - (6) Coberturas de programas gubernamentales.
- b. **Reglas de Determinación del Orden de los Beneficios**

Cuando dos (2) o más planes pagan beneficios, las reglas para determinar el orden de pago son las siguientes:

- (1) El plan principal paga o proporciona sus beneficios como si el plan o planes secundarios no existieran.
- (2) Un plan que no contenga una disposición de coordinación de beneficios que sea compatible con esta disposición es siempre el principal.
- (3) Un plan puede tener en cuenta los beneficios pagados o proporcionados por otro plan a la hora de determinar sus beneficios sólo cuando sea secundario con respecto a ese otro plan.
- (4) La primera de las siguientes reglas que describe qué plan paga los beneficios antes que otro plan es la regla por utilizar.

- A. No Dependiente o Dependiente – El plan que cubre a la persona como dependiente, por ejemplo, como empleado, Miembro, suscriptor o jubilado, es primario y en el plan que cubre a la persona como dependiente es secundario. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, como resultado de la ley federal, Medicare es secundario para el plan que cubre a la persona como no dependiente (por ejemplo, empleado jubilado); entonces el orden de los beneficios entre los dos (2) planes se invierte de manera que el plan que cubre a la persona como empleado, Miembro, suscriptor o jubilado es secundario y el otro plan es primario.
- B. Hijo(a) Cubierto por más de un (1) plan - El orden de los beneficios cuando un hijo está cubierto por más de (1) plan es:
1. El plan principal es el plan del progenitor cuyo cumpleaños es más temprano en el año, si:
    - Los padres están casados;
    - Los padres no están separados (hayan estado casados o no); o
    - Una sentencia judicial otorga la custodia compartida sin especificar que una (1) de las partes tiene la responsabilidad de proporcionar la cobertura sanitaria.
  2. Si los términos específicos de una sentencia judicial establecen que uno (1) de los progenitores es responsable de los gastos de asistencia sanitaria del hijo o de la cobertura de asistencia sanitaria y el plan de ese progenitor tiene conocimiento real de esos términos, ese Plan es el principal. Esta regla se aplica al período de determinación de reclamos o a los años del Plan que comienzan después de que el Plan reciba la notificación de la sentencia judicial.
  3. Si los progenitores no están casados, están separados (hayan estado o no casados) o están divorciados, el orden de los beneficios es el siguiente:
    - El plan del progenitor custodio;
    - El plan del cónyuge del progenitor custodio;
    - El plan del progenitor no custodio; y luego
    - El plan del cónyuge del progenitor no custodio.

- C. Empleado Activo o Inactivo – El plan que cubre a una persona como empleado que no está despedido ni jubilado, es el principal. Lo mismo ocurre si una persona es dependiente de una persona cubierta como jubilado y empleado. Si el otro plan no cuenta con esta regla y si, como resultado, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignora esta regla. La cobertura proporcionada a una persona como trabajador jubilado y como dependiente de un cónyuge que trabaja activamente se determinará según la regla b (1).
- D. Cobertura de Continuación – Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de un derecho de continuación previsto por la legislación federal o estatal también está cubierta por otro plan, el plan que cubre a la persona como empleado, afiliado, suscriptor o jubilado (o como dependiente de la persona) es primario, y la cobertura de continuación es secundaria. Si el otro plan no tiene esta regla y si, como resultado, los planes no se ponen de acuerdo sobre el orden de las prestaciones, se ignora esta regla.
- E. Mayor o menor duración de la cobertura – El plan que ha cubierto a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el principal.
- F. Si las reglas anteriores no determinan el plan primario, los gastos admisibles se repartirán a partes iguales entre los planes. Además, este Plan no pagará más de lo que hubiera pagado de haber sido el primario.

c. **Efecto Sobre Los Beneficios de Este Plan**

Cuando este Plan es secundario, puede reducir sus beneficios para que el total de los beneficios pagados o proporcionados por todos los planes no sea superior al 100% del total de los gastos permitidos.

d. **Derecho a Recibir y Divulgar la Información Necesaria**

Se necesitan ciertos datos sobre la cobertura y los servicios de atención médica para aplicar estas normas de COB y para determinar los beneficios pagaderos bajo este Plan y otros planes. Delta Dental puede obtener los datos que necesita o darlos a otras organizaciones o personas con el fin de aplicar estas reglas y determinar los beneficios pagaderos bajo este Plan y otros planes que cubren los beneficios de la reclamación de ninguna persona para hacer esto. Cada persona que reclama beneficios bajo este Plan debe

dar a Delta Dental cualquier dato que necesite para aplicar esas reglas y determinar los beneficios pagaderos.

e. **Facilidad de Pago**

Un pago realizado bajo otro plan puede incluir una cantidad que debería haber sido pagada bajo este Plan. Si lo hace, Delta Dental puede pagar esa cantidad a la organización que realizó el pago. Esa cantidad será tratada como si fuera un beneficio pagado bajo este Plan. Delta Dental no tendrá que volver a pagar esa cantidad. El término “pago realizado” incluye la provisión de beneficios en forma de servicios, en cuyo caso “pago realizado” significa el valor razonable en efectivo de los beneficios provistos en forma de servicios.

f. **Derecho de Recuperación**

Si el importe de los pagos efectuados por Delta Dental es superior al que debería haber pagado en virtud de esta disposición de la COB, podrá recuperar el exceso de una (1) o más de las personas a las que haya pagado o por las que haya pagado; o de otra persona u organización que pueda ser responsable de los beneficios o servicios proporcionados a la persona cubierta. El importe de los pagos efectuados incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

## **FRAUDE, MALA CONDUCTA O TERGIVERSACIÓN**

La cobertura del Miembro y de Sus dependientes puede ser cancelada y se puede tomar otras medidas apropiadas, según lo determine el Grupo, si el Miembro o las personas a su cargo participantes en cualquier acto que constituya un fraude, una mala conducta grave, una tergiversación o una omisión de los hechos pertinentes al solicitar o pedir los beneficios del Plan.

Esto incluirá también otras acciones indebidas según lo determine el Grupo. Esto incluye, pero no se limita a:

- a. Cualquier Miembro y/o dependiente que tergiversar u omita hechos materiales, incluyendo el uso no autorizado de una tarjeta de identificación del plan dental para obtener suministros o servicios que no hayan sido recetados u ordenados para el miembro y/o dependiente, o que el Miembro y/o dependiente no tenga derecho a recibir de otra manera, puede dar lugar a la terminación de su cobertura y la de sus dependientes por parte del Grupo y a cualquier otra acción que el Grupo determine como apropiada.
- b. Un Miembro y/o dependiente que permita el uso no autorizado de una tarjeta de identificación del plan dental para que cualquier persona no cubierta por el Plan obtenga suministros o servicios a los que de otro modo no tendrían derecho

recibir puede resultar en la terminación de su cobertura y la de sus dependientes por parte del Grupo y cualquier otra acción que el Grupo determine como apropiada.

- c. El uso de la tarjeta de identificación del Plan Dental de otro Miembro del Estado de Kansas para obtener medicamentos, servicios o suministros para Usted o algún otro tercero que no esté específicamente cubierto por esa Membresía puede dar lugar a la terminación de Su cobertura y la de Sus dependientes por parte del Grupo y a cualquier otra acción que el Grupo determine apropiada.
- d. Cualquier otra acción indebida que determine el Grupo.

# DELTA DENTAL DE KANSAS

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA Y DENTAL PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

**Si Usted tiene preguntas sobre esta notificación, por favor póngase en contacto con: Oficial de Privacidad**

**Delta Dental de Kansas**

**P.O. Box 789769**

**Wichita, KS 67278-9769**

**(316) 264-1099 o (800) 733-5823**

Delta Dental de Kansas, Inc. (el “Plan”) está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y nos comprometemos a proteger la privacidad y confidencialidad de Su información personal y de salud.

### **CÓMO EL PLAN PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

#### **Usos y Divulgaciones de Información Médica Protegida Sin Autorización Específica**

El Plan puede utilizar y divulgar Su información de salud para el pago o las operaciones de atención médica sin ningún consentimiento o autorización más allá de su inscripción en el Plan.

**Pago** significa actividades relacionadas con el pago del Plan para pagarle a Usted o a Su proveedor de atención médica por los gastos cubiertos. Las actividades relacionadas con el pago incluyen, entre otras, las actividades de inscripción; el cobro de las contribuciones de Usted y de su empleador; el pago de los gastos cubiertos, incluida la coordinación de los beneficios; la revisión de las decisiones de pago en caso de apelación; las actividades relacionadas con la autorización previa de los beneficios y la revisión de la utilización; y la divulgación del historial de pagos de las contribuciones a una agencia de informes del consumidor.

**Operaciones de Atención Médica** significa las actividades realizadas para administrar Su programa, incluidas, entre otras, las actividades necesarias para reducir los costos generales de la atención médica; ponerse en contacto con usted o con su proveedor de atención médica sobre tratamientos alternativos; evaluar el rendimiento de los profesionales y proveedores; formar a personas que no son profesionales de la salud; actividades relacionadas con la obtención de un contrato de seguro,

como la clasificación del censo para las primas; la realización o la organización de funciones de revisión de reclamaciones, servicios y jurídicos y auditoria; la detección de fraudes y abusos y las actividades relacionadas con el cumplimiento; el análisis relacionado con la gestión y el funcionamiento del Plan; el desarrollo o el cambio de los métodos de pago o las políticas de cobertura; y las actividades educativas.

De acuerdo con la ley federal aplicable, existen otros usos y divulgaciones que el Plan puede hacer sin su autorización específica, algunos de los cuales se incluyen a continuación:

**Divulgación de Información de Salud Protegida al Patrocinador del Plan.** El Plan divulgará la información protegida solo en la medida mínima en que ayude a Su empleador a administrar el programa, como por ejemplo para proporcionar información de facturación y confirmación de la inscripción. El empleador debe limitar su uso de esa información a la obtención de cotizaciones o a la modificación, enmienda o terminación del Plan.

**Creación de Información Sanitaria Desidentificada.** El Plan puede utilizar su información de salud protegida para crear información de salud desidentificada. Esto significa que se eliminan o modifican todos los datos que ayudarían a identificarle, como el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y la fecha de contratación. Una vez desidentificada, la información, deja de estar protegida.

**Suministro de datos a los Asociados Comerciales.** Los Asociados Comerciales del Plan (por ejemplo, imprentas, servicios de correo, asesores legales y consultores) reciben y mantienen su información médica protegida para llevar a cabo las operaciones de pago y de atención médica.

**Usos y divulgaciones requeridos por la ley.** El Plan utilizará y/o divulgará su información médica protegida cuando la ley lo exija. La divulgación será la mínima necesaria para cumplir con el requisito legal.

**Divulgación para actividades de salud pública.** Podremos divulgar Sus datos sanitarios protegidos para las siguientes actividades de salud pública en circunstancias que ayuden a prevenir o controlar enfermedades, denunciar el maltrato infantil y la violencia doméstica. Dicha divulgación se realizará únicamente en la medida en que lo exija la ley o con Su consentimiento.

**Divulgación para actividades de supervisión de la salud.** El Plan puede divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión para completar auditorías, investigaciones o inspecciones aplicables.

**Divulgación para procedimientos judiciales y administrativos.** Su información médica protegida puede ser divulgada durante cualquier procedimiento judicial o administrativo según lo requieran los procedimientos judiciales o administrativos correspondientes.

**Divulgación con propósitos judiciales.** Podremos revelar sus datos sanitarios protegidos a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley o para cumplir con una orden judicial, un mandato judicial, una citación o un requerimiento emitido por un funcionario judicial.

**Divulgaciones relativas a víctimas de un delito o para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad.** En respuesta a la solicitud de un oficial de la ley, el Plan puede divulgar información sobre Usted con Su aprobación o en una situación de emergencia y Usted está incapacitado, o si parece que Usted fue víctima de un delito: También podemos divulgar Su información protegida para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad de una persona o del público o según sea necesario para que las autoridades policiales identifiquen o detengan a un individuo.

**Divulgación para funciones gubernamentales especializadas.** El Plan podrá divulgar Su información médica protegida según se requiera para cumplir con los requisitos gubernamentales por razones de seguridad nacional o para la protección de cierto personal gubernamental o dignatarios extranjeros.

**Otros usos y divulgaciones que requieren su autorización.** Todos los demás usos y divulgaciones de Su información de salud, incluidos los Miembros de la familia o cualquier otra persona que no esté autorizada para recibir información de salud protegida, serán realizados por el Plan solo con su autorización expresa por escrito.

Además, si bien el Plan no suele utilizar o divulgar Su información de salud protegida con fines de comercialización; vender Su información de salud protegida para obtener un beneficio financiero directo o indirecto o un beneficio no financiero (es decir, un artículo o servicio en especie); o conservar, utilizar o divulgar notas de psicoterapia, si el Plan tiene la intención de participar en dicha actividad, se obtendrá su autorización según lo exige la ley antes de participar en dicha actividad.

Si Usted proporciona autorización para cualquier uso o divulgación de Su información de salud protegida, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. La revocación no se aplicará a ningún uso o divulgación anterior.

## **SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA**

**Derecho a Inspeccionar y Copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud recopilada y mantenida por el Plan. Para inspeccionar y copiar Su información de salud, debe completar un formulario específico que proporcione la información necesaria para procesar Su solicitud al Funcionario de Privacidad en la dirección identificada en este Aviso. Usted puede solicitar que Su información de salud se proporcione en un formato electrónico y podemos trabajar juntos para acordar un formato electrónico apropiado formato electrónico apropiado.

Es posible que se le cobre una tarifa para cubrir los gastos asociados a su solicitud. Podemos denegar el acceso en determinadas circunstancias. Si el Plan deniega el acceso, se le notificará por escrito y podrá tener derecho a que una persona neutral revise la denegación.

**Derecho a Modificar Información Incorrecta o Incompleta.** Usted puede solicitar que el Plan cambie Su información médica, aunque no estamos obligados a hacerlo. Si Su solicitud es denegada, le proporcionaremos información sobre nuestra denegación y cómo puede estar en desacuerdo con la misma. Para solicitar una modificación, debe hacerlo por escrito. También debe indicar el motivo de Su solicitud.

**Derecho a un Recuento de las Divulgaciones.** Tiene derecho a solicitar un “informe de divulgación”. Se trata de una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica, con ciertas excepciones específicamente definidas por la ley. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe rellenar un formulario específico que proporcione la información que necesitamos para procesar su solicitud. Para obtener este formulario o para obtener más información sobre este proceso, póngase en contacto con el Responsable de Privacidad en la dirección identificada en la primera página de esta Notificación.

Su solicitud debe indicar un período de tiempo que no puede ser superior a seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o en formato electrónico). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. En el caso de las listas adicionales, podemos cobrarle los costos de suministro de la lista. Le notificaremos el costo que supone y Usted podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se produzcan los costos.

**Derecho a Solicitar Restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información sanitaria que utilizamos o revelamos sobre Usted para el pago o las operaciones de atención sanitaria. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre Usted a alguien que participe en Su atención o en el pago de esta, como un familiar o amigo. Para solicitar restricciones, debe rellenar un formulario específico que proporcione la información que necesitamos para procesar Su solicitud. Para obtener este formulario o para obtener más información sobre este proceso, póngase en contacto con el Responsable de Privacidad en la dirección identificada en la primera página de esta Notificación.

**No estamos obligados a aceptar Su solicitud de restricciones.** Si estamos de acuerdo, cumpliremos con Su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle un tratamiento de emergencia.

**Derecho a Solicitar Métodos Alternativos de Comunicación.** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con Usted en relación con asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar concreto.

Por ejemplo, puede pedir que sólo nos pongamos en contacto con Usted en el trabajo o por correo. Para solicitar un método alternativo de comunicación, debe rellenar un formulario específico que proporcione la información que necesitamos para procesar Su solicitud. Para obtener este formulario o para obtener más información sobre este proceso, póngase en contacto con el Responsable de Privacidad en la dirección identificada en la primera página de esta Notificación. No le preguntaremos el motivo de Su solicitud. Atenderemos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos pongamos en contacto con Usted.

**Derecho a una Copia en Papel de esta Notificación.** Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Puede pedirnos que le demos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir esta notificación por vía electrónica, Usted tiene derecho a recibir una copia en papel de esta notificación. Puede obtener una copia de esta notificación en nuestro sitio web, <http://www.deltadentalks.com>.

**Derecho a la Notificación de Infracciones.** Tiene derecho a que se le notifique si determinamos que se ha producido una violación de Su información sanitaria protegida.

## **RECLAMACIONES**

Si cree que el Plan ha violado Sus derechos con respecto a Su información de salud, puede presentar una queja ante el Plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante el Plan, póngase en contacto con la persona identificada en la primera página de esta Notificación. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No se le sancionará por presentar una queja.**

La fecha de vigencia de esta Notificación es el 23 de septiembre de 2013. El Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de esta notificación y de hacer que la notificación revisada entre en vigor con respecto a toda la información de salud protegida, independientemente de cuándo se creó la información. Si se revisa la notificación, la nueva notificación se le proporcionará a Usted, si todavía está cubierto por el Plan, ya sea a través de correo electrónico o servicio postal de EE. UU., dentro de los sesenta días de dicha revisión. De lo contrario, le proporcionaremos una vez cada tres años un recordatorio de la disponibilidad de esta notificación y de cómo obtenerlo.