



Plan dental Delta Dental Medicare Advantage™

¡Bienvenido!

La buena salud oral es una parte fundamental de una buena salud general, y su programa Delta Dental está diseñado para fomentar las visitas habituales al dentista. Le recomendamos aprovechar este programa y llamar a su dentista hoy mismo para programar una cita.

Este Manual para miembros, que incluye la lista de códigos cubiertos, describe los beneficios específicos de su programa Delta Dental y cómo utilizarlos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente al 800-330-2732 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede verificar fácilmente sus propios beneficios, reclamaciones e información sobre elegibilidad en línea las 24 horas del día, los siete días de la semana, visitando <https://www.DeltaDentalMI.com> y seleccionando el enlace de nuestro portal para miembros. El portal para miembros también le permitirá imprimir los formularios de reclamaciones, seleccionar los estados electrónicos de la Explicación de beneficios (EOB), realizar búsquedas en nuestros directorios de dentistas y leer consejos sobre salud oral.

¡Esperamos poder prestarle servicios!

Plan dental complementario Medicare Advantage

CCA Health California Medicare Advantage

Número de grupo: 11600

Número de subgrupo: 1001, 1002

*Los servicios que reciba por parte de dentistas que NO participan en la red Delta Dental Medicare Advantage resultarán en gastos de bolsillo más altos.

IMPORTANTE: Si recibe servicios de un dentista que NO participa en la red Delta Dental Medicare Advantage, USTED DEBERÁ PAGAR el costo total de esos servicios y Delta Dental no realizará ningún pago.

Año de beneficios: del 1 de enero al 31 de diciembre.

Pago máximo: \$2,000 para todos los servicios, excepto ortodoncia.

Deducible: ninguno.

Lista de códigos cubiertos

En esta sección, se proporciona una lista de los procedimientos dentales que están cubiertos por su plan. **Si un procedimiento no se encuentra en esta lista, no es un beneficio cubierto por su plan.** Las limitaciones de los beneficios de estos programas se indican, cuando corresponde, en la columna de limitaciones de beneficios. Algunos servicios comparten frecuencias. Puede encontrar información adicional sobre las exclusiones y las limitaciones en este Manual para miembros de Delta Dental.

*Tenga en cuenta que determinados procedimientos pueden requerir una revisión o información de diagnóstico, como radiografías o registros de tratamientos del paciente, para el procesamiento de las reclamaciones y las determinaciones de pago definitivo. Si necesita más explicaciones con respecto a su cobertura y los beneficios, pídale a su dentista una determinación de la organización anterior a los servicios (PSOD).

Las PSOD vencen al final del año de beneficios. Una vez que comience un nuevo año de beneficios, se recomienda que se presente otra solicitud de PSOD para determinar si el servicio está cubierto por el plan de beneficios actual.

Es posible que sea necesario cambiar los códigos indicados para cumplir con las regulaciones federales, estatales y de la American Dental Association (ADA). Los códigos de la ADA están sujetos a actualizaciones anuales que pueden no estar reflejadas en la lista proporcionada.

Código dental de la ADA	Descripción del procedimiento dental	El plan paga por un dentista de Delta Dental Medicare Advantage	El plan paga por un dentista no participante (fuera de la red)	Frecuencia
D0100-D0999 Diagnóstico				
D0120	Evaluación oral periódica: paciente habitual	100 %	0 %	Dos veces por año calendario
D0140	Evaluación oral limitada: problema específico	100 %	100 %	Según sea necesario para el diagnóstico de una afección de emergencia
D0150	Evaluación oral integral: paciente habitual o nuevo	100 %	0 %	Una vez cada 36 meses
D0160	Evaluación oral amplia y detallada: centrada en el problema, por informe	100 %	0 %	Una vez cada 36 meses
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente habitual o nuevo	100 %	0 %	Una vez por año calendario
D0190	Examen de control de un paciente	100 %	0 %	Una vez por año calendario
D0210	Intraoral: serie completa	100 %	0 %	Una vez cada 36 meses
D0220*, D0230*, D0240*	Intraoral: radiografías periapicales; radiografía oclusal	100 %	0 %	Servicio cubierto
D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Radiografías de mordida	100 %	0 %	Una vez por año calendario
D0330	Radiografía panorámica	100 %	0 %	Una vez cada 36 meses

Notas de diagnóstico:

- Las radiografías de mordida tienen cobertura una vez por año calendario, excepto en los años en que se realiza una radiografía panorámica o de toda la boca.

D1000-D1999 Prevención

D1110	Profilaxis para adultos	100 %	0 %	Dos veces por año calendario
D1206, D1208	Aplicación tópica de flúor	100 %	0 %	Dos veces por año calendario

Notas de prevención:

- Cualquier combinación de limpieza dental (profilaxis y limpieza periodontal) se paga dos veces por año calendario.
- La profilaxis solo se paga con los dientes naturales.

D2000-D2999 Restauración

D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394	Restauración de amalgamas y de resina compuesta, anterior y posterior	50 %	0 %	Están cubiertas dos restauraciones de amalgamas o de resina compuesta por año calendario
---	---	------	-----	--

Notas de restauración:

- Las restauraciones posteriores menores no serían un beneficio en un período de cinco años para las coronas o los recubrimientos.
- Las coronas o los recubrimientos se pagan solo en el caso de la pérdida considerable de la estructura dental por caries (deterioro) o por fractura (pérdida o movilidad de la estructura dental). Nuestro estándar para la pérdida considerable de la estructura dental es la pérdida dental del 50 %.
- Los dentistas participantes no pueden cobrar a los miembros por la reconstrucción de una corona, el recubrimiento, el empaste o el puente en un plazo de 6 meses a partir de la fecha de la colocación.
- Cuando los implantes NO están cubiertos, no tienen cobertura las coronas sobre los implantes.
- Las coronas en los puentes NO tienen cobertura si los puentes NO están cubiertos.
- Las restauraciones de amalgamas y de resina compuesta se pagan una vez en un período de dos años para el mismo dentista, el mismo diente y la misma superficie, independientemente de la cantidad o de la combinación de restauraciones que se coloquen en una superficie.

D4000-D4999 Periodoncia

D4341*, D4342*	Eliminación de sarro y raspado de raíz periodontal	100 %	0 %	Una vez por cuadrante y por 24 meses
D4346*	Eliminación de sarro ante inflamación gingival generalizada moderada o grave en toda la boca, después de una evaluación oral	100 %	0 %	Incluido en la frecuencia de limpieza de dos veces por año calendario
D4355*	Desbridamiento de toda la boca para facilitar una evaluación oral integral y un diagnóstico en una visita posterior	100 %	0 %	Una vez en la vida

D4910*	Mantenimiento periodontal	100 %	0 %	Incluido en la frecuencia de limpieza de dos veces por año calendario
D5000-D5899 Prostodoncia (removible)				
D5110*, D5120*, D5130*, D5140*	Dentadura postiza completa/inmediata	50 %	0 %	Una vez por un período de 5 años
D5211*, D5212*, D5213*, D5214*	Dentadura postiza parcial con base de resina (que incluye materiales de retención/agarre, apoyos y dientes)	50 %	0 %	Una vez por un período de 5 años
D5221*, D5222*, D5223*, D5224*	Dentadura postiza parcial inmediata con base de resina (que incluye materiales de retención/ agarre, apoyos y dientes)	50 %	0 %	Una vez por un período de 5 años
D5225*, D5226*, D5227*, D5228*	Dentadura postiza parcial con base flexible (que incluye materiales de retención/ agarre, apoyos y dientes)	50 %	0 %	Una vez por un período de 5 años
D5282*, D5283*, D5284*, D5286*	Dentadura postiza parcial, unilateral y removible (que incluye materiales de retención/agarre, apoyos y dientes)	50 %	0 %	Una vez por un período de 5 años
D5410*, D5411*, D5421*, D5422*	Ajuste de dentadura postiza completa/parcial	50 %	0 %	Servicio cubierto
D5511*, D5512*, D5611*, D5612*, D5621*, D5622*, D5630*	Reparación de la dentadura postiza completa o parcial rota	50 %	0 %	Servicio cubierto
D5520*	Reemplazo de dientes rotos o faltantes: dentadura postiza completa (cada diente)	50 %	0 %	Servicio cubierto
D5640*	Reemplazo de dientes rotos, por diente	50 %	0 %	Servicio cubierto
D5650*	Adición de dientes a una dentadura postiza parcial existente	50 %	0 %	Servicio cubierto
D5660*	Adición de grapas a una dentadura postiza parcial existente, por diente	50 %	0 %	Servicio cubierto
D5670*, D5671*	Reemplazo de todos los dientes y el acrílico en una estructura con recubrimiento de metal	50 %	0 %	Servicio cubierto

D5710, D5711, D5720, D5721	Rebasado de la dentadura postiza completa o parcial	50 %	0 %	Una vez cada 36 meses
D5725	Rebasado de prótesis híbrida	50 %	0 %	Una vez por un período de 5 años
D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761	Recapado de la dentadura postiza completa o parcial	50 %	0 %	Una vez cada 36 meses
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza removible completa o parcial	50 %	0 %	Una vez cada 36 meses
D5820, D5821	Dentadura postiza parcial provisoria	50 %	0 %	Pagadera para el reemplazo de los dientes anteriores permanentes durante el período de recuperación
D5850, D5851	Acondicionamiento de los tejidos	50 %	0 %	Dos veces cada 36 meses

Notas de prostodoncia (removible):

- Una dentadura postiza superior completa y una inferior completa, y todo implante que se use para sostener una dentadura postiza, se pagan una vez en un período de cinco años.
- Una dentadura postiza parcial removible, un implante endosteal (que no sea para sostener una dentadura postiza) o un puente fijo se pagan una vez en un período de cinco años, a menos que la pérdida de dientes adicionales requiera la construcción de un aparato nuevo.
- La asignación para una reparación de dentadura postiza (incluidos el recapado o el rebasado) no superará la mitad de la tarifa de una dentadura postiza nueva.

D7000-D7999 Cirugía oral y maxilofacial

D7140*	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	50 %	0 %	Una vez por diente, de por vida; una extracción cubierta por año calendario
D7210*	Extracción, diente erupcionado que requiere la extracción del hueso y/o la extracción en secciones del diente, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico, si se indica	50 %	0 %	
D7220*, D7230*, D7240*	Extracción de un diente impactado	50 %	0 %	Una vez por diente, de por vida
D7241*	Extracción de un diente impactado: estructura ósea completa, con complicaciones quirúrgicas poco frecuentes	50 %	0 %	Una vez por diente, de por vida
D7250*	Eliminación de remanentes radiculares (procedimiento cortante)	50 %	0 %	Una vez por diente, de por vida

D7251*	Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente	50 %	0 %	Una vez por diente, de por vida
D7270*	Nuevo implante de diente y/o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7280*	Exposición de diente no erupcionado	50 %	0 %	Una vez por diente, de por vida
D7282*	Movilización del diente erupcionado o con mala posición para ayudar a la erupción	50 %	0 %	Una vez por diente, de por vida
D7283*	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7286*	Biopsia de tejido oral blando	50 %	0 %	Sujeto a los servicios con los que se realiza. Se recomienda encarecidamente la determinación previa.
D7288*	Biopsia por cepillado: recolección de muestra transepitelial	100 %	0 %	Servicio cubierto
D7290*	Reposicionamiento quirúrgico de los dientes	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7291*	Fibrotomía transeptal/ fibrotomía supracrestal, por informe	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7310*, D7311*	Alveoloplastia con extracciones, por cuadrante	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7320*, D7321*	Alveoloplastia sin extracciones, por cuadrante	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7510*	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7511*	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intraoral complicado (incluye drenaje de múltiples espacios fasciales)	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7910*	Sutura de heridas pequeñas recientes de hasta 5 cm	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7970*	Escisión de tejido hiperplásico, por arco	50 %	0 %	Servicio cubierto
D7971*	Escisión de la encía pericoronar	50 %	0 %	Servicio cubierto
D9000-D9999 Servicios generales complementarios				
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental: procedimiento menor	100 %	100 %	Según sea necesario para el diagnóstico de una afección de emergencia

Definiciones

Determinación adversa de beneficios

Toda denegación, reducción o finalización de los beneficios por los que haya presentado una reclamación, o la falta de prestación o de pago (completa o en parte) de los beneficios que solicitó, lo que incluye cualquier determinación basada en la elegibilidad, la aplicación de cualquier criterio de revisión de la utilización o una determinación de que el artículo o el servicio por el que se proporcionaron los beneficios era experimental o estaba en investigación, o no era necesario ni apropiado por motivos médicos.

Monto permitido

Monto que se permite según la lista de tarifas del dentista de Medicare Advantage en la que Delta Dental basará el pago por un servicio cubierto.

Apelación

Procedimientos que se ocupan de la revisión de una determinación adversa inicial para el pago de servicios.

Año de beneficios

Se refiere al año calendario.

Beneficios

Pago de los servicios cubiertos que se han seleccionado en virtud de este plan.

Manual para miembros

Delta Dental proporcionará los beneficios que se describen en este Manual para miembros. Todos los cambios de este Manual para miembros se basarán en los cambios que se realicen en el contrato entre Delta Dental y su organización de Medicare Advantage (MAO).

Fecha de finalización

Fecha en la que finaliza el tratamiento. Es posible que algunos procedimientos requieran más de una cita antes de que se puedan finalizar. El tratamiento ha finalizado en los siguientes casos:

- ◆ Para las dentaduras postizas completas y parciales, en las fechas de entrega.
- ◆ Para las coronas y los puentes, en la fecha de cementación permanente.
- ◆ Para los tratamientos de conducto y los tratamientos periodontales, en la fecha en que se realiza el último procedimiento con el que finaliza el tratamiento.

Coseguro

Porcentaje del cargo, en caso de haberlo, que debe pagar usted por los servicios cubiertos.

Copago

Monto fijo de dinero que debe pagar usted por los servicios cubiertos, en caso de haberlos.

Lista de códigos cubiertos

Lista única de los códigos dentales de la ADA que representan los servicios cubiertos por este plan. Estos códigos están sujetos a los términos de este Manual para miembros.

Servicios cubiertos

Servicios dentales únicos seleccionados para la cobertura según se describe en este Manual para miembros.

Deducible

Monto que una persona debe pagar por los servicios cubiertos antes de que Delta Dental comience a pagar por esos servicios en virtud de este Manual para miembros. Si corresponde, el deducible que se aplica a usted se indica al comienzo de este Manual para miembros.

Delta Dental

Delta Dental Plan of Michigan, Inc., es una compañía de atención dental sin fines de lucro que opera como Delta Dental of Michigan. Delta Dental no es una compañía de seguros. Su plan de salud ha designado a Delta Dental Plan of Michigan, Inc., para proporcionar beneficios dentales para este plan.

Emergencia dental

Una emergencia dental es una afección médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (que incluye dolor intenso) y que una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que, si no se brinda atención médica de inmediato, tenga como resultado lo siguiente: un daño grave a la salud de la persona o, en el caso de mujeres embarazadas, a la salud de la mujer o de su bebé en gestación; el deterioro grave de las funciones físicas; o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Dentista

Persona con licencia para ejercer la odontología en el estado o en la jurisdicción en que se prestan los servicios dentales.

- ◆ **Dentista de Delta Dental Medicare Advantage:** dentista que ha firmado un acuerdo con Delta Dental para este plan que forma parte de la red Medicare Advantage de Delta Dental.
- ◆ **Dentista no participante:** dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para formar parte de la red Delta Dental Medicare Advantage.
- ◆ **Dentista fuera del país:** dentista cuyo consultorio se encuentra fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Estos dentistas no son participantes, porque los dentistas fuera del país no son elegibles para firmar acuerdos de participación con Delta Dental.
- ◆ **IMPORTANTE:** Si recibe servicios de un dentista que NO participa en la red Delta Dental Medicare Advantage, USTED DEBERÁ PAGAR el costo total de esos servicios y Delta Dental no realizará ningún pago.

Queja

Expresión de disconformidad (que no sea una determinación de cobertura) con respecto a cualquier aspecto de las operaciones, las actividades o el comportamiento de Delta Dental, de su MAO o de un dentista que prestó servicios dentales en función de este plan.

Consulta

Solicitud verbal o escrita de información que no implica una queja o un proceso de apelaciones o de cobertura, como una pregunta de rutina sobre un beneficio.

Tarifa máxima aprobada

Tarifa máxima que Delta Dental aprueba para un procedimiento determinado en una región y/o una especialidad determinada, en una situación normal, en función de la lista de tarifas del dentista participante de Medicare Advantage y de los procedimientos internos correspondientes.

Pago máximo

Monto máximo en dólares que Delta Dental pagará en un año de beneficios o de por vida por los servicios cubiertos.

Lista de tarifas del dentista de Medicare Advantage

Tarifa máxima permitida por procedimiento para los servicios que presta un dentista de Delta Dental Medicare Advantage, según lo determine Delta Dental.

Miembro

Persona con cobertura de este plan.

Tarifa del dentista no participante

Tarifa máxima permitida por procedimiento por los servicios que presta un dentista no participante, según lo determine Delta Dental.

Reclamaciones posteriores a los servicios

Reclamaciones por los beneficios que no están sujetos a la aprobación, la certificación o la autorización anticipadas para recibir la cantidad total de servicios cubiertos. Es decir, las reclamaciones posteriores a los servicios ocurren cuando usted recibe el servicio o el tratamiento dental antes de presentar una reclamación para recibir los beneficios.

Determinación de la organización anterior a los servicios

Determinación que se realiza antes de recibir los servicios dentales en función de sus beneficios y su cobertura. Esta decisión determinará si un servicio dental tendrá cobertura y brindará información sobre el monto que es posible que deba pagar por este servicio. Es una solicitud que presenta usted o su dentista.

Presupuesto previo al tratamiento

Presupuesto del costo de un tratamiento planificado. No es necesario tener un presupuesto previo al tratamiento antes de recibir el tratamiento.

Políticas de procesamiento

Políticas y pautas de Delta Dental que se utilizan para las determinaciones de la organización anteriores a los servicios y para el pago de las reclamaciones. Las políticas de procesamiento pueden sufrir modificaciones cada cierto tiempo. Pueden limitar el pago de los servicios o los suministros por parte de Delta Dental.

Monto presentado

Monto que un dentista factura a Delta Dental por un tratamiento o servicio específico. Un dentista participante de Delta Dental Medicare Advantage no puede cobrarle a usted la diferencia entre este monto y el monto que Delta Dental aprueba para el tratamiento.

Este plan

Cobertura dental establecida para las personas elegibles en virtud de este Manual para miembros.

Cómo seleccionar un dentista

Para obtener beneficios en virtud de este plan, debe recibir servicios de un dentista de Delta Dental Medicare Advantage. Los servicios que reciba de dentistas que NO participan en la red Delta Dental Medicare Advantage resultarán en gastos de bolsillo más altos.

Para verificar si un dentista participa en Medicare Advantage, puede utilizar el directorio de dentistas en línea de Delta Dental a través de www.providers4you.com/nationalmedicareadvantagePPO o llamar al 800-330-2732 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

IMPORTANTE: Si recibe servicios de un dentista que NO participa en la red Delta Dental Medicare Advantage, USTED DEBERÁ PAGAR el costo total de esos servicios y Delta Dental no realizará ningún pago.

Cómo acceder a sus beneficios

Para utilizar los beneficios dentales, siga estos pasos:

1. Lea atentamente este Manual para miembros para conocer sus beneficios, los métodos de pago y los términos de este plan.
2. Programe una cita con su dentista e infórmele que tiene beneficios dentales con el plan dental Delta Dental Medicare Advantage. Si su dentista no está familiarizado con este plan o tiene alguna pregunta, dígame que se comunique con Delta Dental llamando al número gratuito 800-330-2732 o escribiendo a Delta Dental a la siguiente dirección:

Attention: Customer Service
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

3. Después de que reciba el tratamiento dental, usted o el personal del consultorio dental presentarán un formulario de reclamaciones, que deberán completar con la siguiente información:
 - a. Su nombre completo y dirección.
 - b. Su número de identificación de miembro.
 - c. Su fecha de nacimiento.

Aviso sobre los formularios de reclamaciones

Su dentista debe presentar el formulario de reclamaciones dentales utilizando el formulario de reclamaciones aprobado por la ADA más actualizado. Los dentistas participantes de Medicare Advantage completarán y presentarán las reclamaciones dentales por usted.

Las reclamaciones y las solicitudes de información completas se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

Delta Dental
PO Box 9298
Farmington Hills, MI 48333

Determinaciones de la organización anteriores a los servicios

Su dentista puede presentar una solicitud de decisión de cobertura para determinar si usted califica para un servicio dental que pueda estar cubierto por este plan a través de Dental Office Toolkit® (DOT). Usted también puede solicitar una decisión de cobertura para determinar si califica para un servicio dental que pueda estar cubierto por este plan llamando de manera gratuita al departamento de Servicio de Atención al Cliente al 800-330-2732 o escribiendo a la siguiente dirección:

Attention: Customer Service
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

Para una decisión de cobertura estándar antes de los servicios, Delta Dental otorgará una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Para presentar una decisión de cobertura rápida, los plazos estándar deben potencialmente provocar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para realizar actividades. Si Delta Dental aprueba la solicitud rápida, se otorgará una respuesta en un plazo de 72 horas. Tanto para las solicitudes rápidas como para las estándar, Delta Dental puede demorarse hasta 14 días calendario adicionales en determinadas circunstancias. Si se requiere más tiempo, Delta Dental le informará por escrito y explicará los motivos de la extensión.

Si Delta Dental no aprueba su solicitud rápida o estándar, usted tiene derecho a presentar una apelación. Consulte la sección sobre apelaciones para obtener más información. La disponibilidad de los beneficios dentales al momento de realizar su solicitud depende de varios factores. Estos factores incluyen, entre otros, la necesidad médica, su elegibilidad continua para los beneficios, sus pagos máximos anuales o de por vida disponibles, cualquier coordinación de beneficios, el estado de su dentista, las limitaciones y cualquier otra disposición de este plan, y cualquier otra información o cambio en su tratamiento dental. Para determinar si un servicio puede estar cubierto por este plan, revise los beneficios que se incluyen en este documento.

Aviso por escrito sobre las reclamaciones y el momento del pago

Todas las reclamaciones de beneficios se deben presentar ante Delta Dental en el plazo de un año a partir de la fecha en que finalizaron los servicios. Una vez que se presente la reclamación de pago, Delta Dental tomará una decisión en un plazo de 30 días luego de la recepción. Si no hay suficiente información para tomar una decisión con respecto a su reclamación, Delta Dental le avisará a usted o a su dentista en un plazo de 30 días. El aviso (a) describirá la información necesaria; (b) explicará por qué es necesaria; (c) solicitará una extensión para tomar una decisión con respecto a la reclamación; y (d) le informará a usted o a su dentista que se debe recibir la información en un plazo de 60 días, o se denegará su reclamación. Usted recibirá una copia de cualquier aviso que se envíe a su dentista. Una vez que Delta Dental reciba la información solicitada, tomará una decisión con respecto a su reclamación y le enviará un aviso sobre esa decisión. Si usted o su dentista no brindan la información solicitada, Delta Dental no tendrá otra opción que denegar su reclamación. Una vez que Delta Dental tome una decisión con respecto a su reclamación, le proporcionará un aviso en un plazo de cinco días.

Representante autorizado

También puede designar a un representante autorizado para que se ocupe de Delta Dental en su nombre con respecto a cualquier reclamación de beneficios que usted presente o cualquier revisión de una reclamación denegada que desee realizar (consulte la sección "Procedimientos para quejas y apelaciones"). Debe llamar al departamento de Servicio de Atención al Cliente de Delta Dental, de manera gratuita, al 800-330-2732 o escribirles a la siguiente dirección:

Attention: Customer Service
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

para solicitar un formulario para designar a la persona que desea nombrar como su representante; también puede utilizar el formulario de designación de representante de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) (Formulario CMS-1696). Si bien en algunas circunstancias su dentista actúa como su representante autorizado, por lo general, Delta Dental solo reconoce a la persona que usted haya autorizado en el último formulario con fecha que se haya presentado ante Delta Dental. Una vez que haya designado a un representante autorizado, Delta Dental se

comunicará directamente con su representante y no le informará a usted el estado de su reclamación. Tendrá que obtener esa información de su representante. Si no ha designado a un representante, Delta Dental se comunicará directamente con usted.

Cómo se realiza el pago

Si su dentista participa en Medicare Advantage, Delta Dental basará el pago en la tarifa máxima aprobada para los servicios cubiertos.

Delta Dental enviará el pago directamente a los dentistas participantes de Medicare Advantage, y usted será responsable de cualquier coseguro, copago o deducible correspondiente.

Si recibe servicios de un dentista que NO participa en la red Delta Dental Medicare Advantage, USTED DEBERÁ PAGAR el costo total de esos servicios y Delta Dental no realizará ningún pago.

Exclusiones y limitaciones

Exclusiones

Delta Dental no realizará ningún pago por los siguientes servicios o suministros, a menos que se especifique lo contrario en este Manual para miembros. Usted deberá pagar todos los cargos correspondientes a estos servicios o suministros (aunque la obligación de pago puede cumplirse a través del seguro o de algún otro arreglo para el que sea elegible):

1. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, para corregir malformaciones congénitas o del desarrollo.
2. Cirugía estética u odontología por motivos estéticos, según lo determine Delta Dental.
3. Servicios o aparatos que comenzaron antes de que una persona sea elegible para este plan.
4. Medicamentos recetados (excepto antibióticos inyectables por vía intramuscular), medicamentos previos, fármacos/soluciones y analgesia relativa.
5. Anestesia general y sedación por vía intravenosa para (a) procedimientos quirúrgicos, a menos que sea necesaria por motivos médicos, o (b) odontología de restauración.
6. Cargos por hospitalización, análisis de laboratorio y exámenes histopatológicos.
7. Cargos por no asistir a una cita programada con el dentista.
8. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, por los que no pueda demostrarse una necesidad dental válida.
9. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que estén en investigación, lo que incluye servicios o suministros requeridos para tratar complicaciones de procedimientos en investigación.
10. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que sean técnicas especializadas.
11. Tratamiento que realice una persona que no sea dentista, excepto los servicios prestados por un higienista dental con licencia u otro profesional dental, según lo determine Delta Dental, conforme al alcance de su licencia y según lo permitan las leyes estatales vigentes.
12. Servicios o suministros que el paciente no está legalmente obligado a pagar o por los cuales no se cobraría nada en ausencia de la cobertura de Delta Dental.
13. Servicios o suministros recibidos debido a una guerra declarada o no declarada, o un acto de terrorismo.
14. Servicios o suministros cubiertos por el programa de un hospital, un programa quirúrgico/médico o un programa de medicamentos recetados.
15. Enjuagues con flúor, tratamientos con flúor autoadministrados o medicamentos para la sensibilidad.

16. Medicamento provisorio para detener el avance de caries.
17. Programas de control preventivo (lo que incluye educación sobre higiene oral, pruebas de susceptibilidad a las caries, control de la alimentación, asesoramiento sobre tabaquismo, medicamentos para cuidados a domicilio, etc.).
18. Aparatos perdidos, faltantes o robados de cualquier tipo.
19. Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones para aumentar la dimensión vertical; para modificar, restaurar o mantener la oclusión; para reemplazar la pérdida de la estructura dental a causa de atrición, abrasión, abfracción o erosión; o para férulas periodontales.
20. Empastes de tratamientos de conducto con pasta en dientes permanentes.
21. Reemplazo, reparación, rebasados o ajustes de protectores bucales oclusales.
22. Raspado químico.
23. Servicios relacionados con las sobredentaduras.
24. Dentadura postiza fija, temporal y sostenida por implantes/pilares para arcos edéntulos.
25. Bases de metal para prótesis removibles.
26. Reemplazo de dientes más allá del complemento normal de los dientes.
27. Personalización o caracterización de cualquier servicio o aparato.
28. Coronas temporales que se utilizan provisoriamente durante la fabricación de coronas o puentes.
29. Puentes posteriores en combinación con dentaduras postizas parciales en el mismo arco, que comparten al menos un espacio edéntulo posterior.
30. Aditamentos de precisión y férulas de descarga.
31. Injertos de reemplazo óseo y técnicas quirúrgicas especializadas para implantes, lo que incluye el índice de implantes radiográficos/quirúrgicos.
32. Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o el tratamiento de los trastornos de articulación temporomandibular (TMJ).
33. Fotografías de diagnóstico y placas cefalométricas.
34. Terapia miofuncional.
35. Análisis de casos montados.
36. Todo impuesto que se aplique a los servicios.
37. Las políticas de procesamiento pueden excluir, de otro modo, el pago de Delta Dental por los servicios o los suministros.
38. Materiales biológicos para ayudar en la regeneración de tejidos blandos y óseos cuando se presentan el mismo día de la extracción dental, en la cirugía perirradicular, en el injerto de tejidos blandos, en la regeneración tisular guiada, con los implantes, en la elevación del arco, en los sitios de la extracción/preservación del arco, en los sitios de la apicectomía, en las hemisecciones y con el injerto óseo periodontal o de implantes.

Delta Dental no realizará el pago de los siguientes servicios o suministros. Los dentistas participantes de Medicare Advantage no pueden cobrar a los miembros por estos servicios o suministros. Todos los cargos de los dentistas no participantes para los siguientes servicios o suministros son su responsabilidad:

1. Servicios o suministros, según lo determine Delta Dental, que no se proporcionen de acuerdo con los estándares de práctica dental generalmente aceptados.
2. Presentación de formularios o de reclamaciones.
3. Consultas, exámenes de control del paciente o evaluaciones del paciente cuando se realicen junto con exámenes o evaluaciones.

4. Anestesia local.
5. Grabado ácido, bases de cemento, carillas para caries y bases o empastes temporales.
6. Control de infecciones.
7. Coronas temporales, transitorias o provisorias.
8. Gingivectomía como ayuda para la colocación de una restauración.
9. Corrección de una oclusión, cuando se realiza con prótesis y restauraciones que involucran superficies oclusales.
10. Moldes de diagnóstico, cuando se realizan con procedimientos de restauración o prostodoncia.
11. Tratamiento paliativo, cuando se presta cualquier otro servicio en la misma fecha, excepto radiografías y pruebas necesarias para diagnosticar la afección de emergencia.
12. Radiografías posoperatorias, cuando se realizan luego de finalizar un servicio o procedimiento.
13. Registro periodontal.
14. Pernos y postes preformados, cuando se realizan con las construcciones de núcleo para coronas, recubrimientos o empastes.
15. Cualquier subestructura, cuando se realiza para empastes, recubrimientos y carillas.
16. Recubrimiento pulpar, cuando se realiza con relleno con sedación o cualquier otra restauración. Relleno temporal o con sedación, cuando se realiza con el desbridamiento pulpar para el alivio del dolor agudo, antes de que se realice un tratamiento de conducto convencional u otro procedimiento endodóntico. La abertura y el drenaje de un diente o un tratamiento paliativo, cuando los realiza el mismo dentista o consultorio dental el mismo día que se finaliza el tratamiento de conducto.
17. Pulpotomía en un diente permanente, excepto en un diente con ápice abierto.
18. Cierre apical terapéutico en un diente permanente, excepto en un diente en el que la raíz no esté completamente formada.
19. Repetición del tratamiento de conducto realizado por el mismo dentista o consultorio dental dentro de los dos años del tratamiento de conducto original.
20. Profilaxis o desbridamiento de toda la boca, cuando se realizan el mismo día que el mantenimiento periodontal o la eliminación de sarro ante una inflamación gingival.
21. Profilaxis, cuando se realiza el mismo día que el mantenimiento periodontal o la eliminación de sarro y el raspado de raíz.
22. Eliminación de sarro ante una inflamación gingival, cuando se realiza el mismo día que el mantenimiento periodontal.
23. Profilaxis, eliminación de sarro ante una inflamación gingival o mantenimiento periodontal, cuando se realizan en un plazo de 30 días luego de la eliminación de sarro y el raspado de raíz de tres o cuatro cuadrantes, u otro tratamiento periodontal.
24. Desbridamiento de toda la boca, cuando se realiza en el plazo de 30 días luego de la eliminación de sarro y el raspado de raíz.
25. Eliminación de sarro y desbridamiento ante una inflamación o mucositis de un solo implante, lo que incluye limpieza y servicios en el implante sin ingreso y cierre con colgajo, cuando se realizan dentro de los 12 meses de las restauraciones del implante, de las coronas y los implantes provisorios, y de las dentaduras postizas provisorias sostenidas por pilares o implantes.
26. Eliminación de sarro y desbridamiento ante una inflamación o mucositis de un solo implante, cuando se realizan el mismo día que la profilaxis, la eliminación de sarro ante una inflamación gingival, el mantenimiento periodontal, el desbridamiento de toda la boca, la eliminación de sarro y el raspado de raíz periodontal, la cirugía periodontal o el desbridamiento de un defecto periimplantario.
27. Desbridamiento de toda la boca, cuando se realiza el mismo día que una evaluación integral.
28. Ajuste oclusal, cuando se realiza el mismo día que la entrega de un protector bucal oclusal.

29. Rebasado, recapado o cualquier ajuste o reparación dentro de los seis meses posteriores a la entrega de una dentadura postiza parcial.
30. Acondicionamiento de los tejidos, cuando se realiza el mismo día que la entrega de una dentadura postiza o que el recapado o el rebasado de una dentadura postiza.
31. Radiografías periapicales y/o de mordida, cuando se realizan en un período clínicamente no razonable tras realizar radiografías panorámicas y/o de toda la boca, según lo determine únicamente Delta Dental.
32. Cargos o tarifas por gastos generales, conexiones de Internet/video, *software*, *hardware* u otro equipo necesario para prestar servicios, lo que incluye, entre otros, los servicios de teleodontología.
33. Las políticas de procesamiento pueden excluir, de otro modo, el pago de Delta Dental por los servicios o los suministros.

Limitaciones

Los beneficios para los siguientes servicios o suministros están limitados como se indica a continuación, a menos que se especifique lo contrario en este Manual para miembros. Además de las limitaciones que se indican en la lista de códigos cubiertos, todos los cargos por servicios o suministros que superen estas limitaciones serán su responsabilidad. Todas las limitaciones de tiempo se miden a partir de las fechas de los servicios anteriores correspondientes que figuran en nuestros registros o a solicitud de su organización de Medicare Advantage, de cualquier plan dental:

1. Las coronas o los recubrimientos se pagan solo en el caso de la pérdida considerable de la estructura dental por caries (deterioro) o por fractura (pérdida o movilidad de la estructura dental). Nuestro estándar para la pérdida considerable de la estructura dental es la pérdida dental del 50 %.
2. Cuando se interrumpan los servicios en curso, Delta Dental no emitirá el pago por los servicios incompletos; sin embargo, Delta Dental calculará la tarifa máxima aprobada que el dentista puede cobrarle por dichos servicios incompletos, y usted será responsable de esos cargos. En el caso de que más tarde un dentista complete los servicios interrumpidos, Delta Dental revisará la reclamación para determinar el monto del pago, si lo hubiera, al dentista de acuerdo con las políticas de Delta Dental en el momento en que se completen los servicios.

Delta Dental no realizará el pago de los servicios o los suministros que superen las siguientes limitaciones. Usted es responsable de todos los cargos. No todos los servicios están cubiertos por su plan, pero, si un servicio tiene cobertura, es posible que se apliquen determinadas limitaciones. Sin embargo, los dentistas participantes de Medicare Advantage no pueden cobrar a los miembros por estos servicios o suministros cuando los realiza el mismo dentista o consultorio dental. Todas las limitaciones de tiempo se miden a partir de las fechas de los servicios anteriores correspondientes que figuran en nuestros registros o a solicitud de su organización de Medicare Advantage, de cualquier plan dental:

1. Las construcciones de núcleo y otras subestructuras se pagan solo cuando sean necesarias para conservar una corona en un diente con desgaste excesivo debido a caries (deterioro) y/o fracturas.
2. Los pernos de retención se pagan una vez en un período de dos años. Solo se cubre un servicio de subestructura por diente.

Coordinación de beneficios

La disposición sobre la coordinación de beneficios (COB) se aplica cuando una persona tiene cobertura para atención médica de más de un plan. El plan se define a continuación.

El orden de las normas de determinación de beneficios rige el orden en el que cada plan pagará una reclamación por los beneficios. El plan que paga primero se llama “plan primario”. El plan primario debe pagar los beneficios de acuerdo con los términos de sus políticas, independientemente de la posibilidad de que otro plan pueda cubrir algunos gastos. El plan que paga después del plan primario es el “plan secundario”. El plan secundario puede reducir los beneficios que paga, para que los pagos de todos los planes no excedan el 100 % del total de gastos permitidos.

Definiciones

Un plan es cualquiera de los siguientes que proporciona beneficios o servicios para el tratamiento o la atención médicos o dentales. Si se utilizan contratos individuales para ofrecer cobertura coordinada para los miembros de un grupo, los contratos individuales se consideran parte del mismo plan y no existe ninguna COB entre esos contratos individuales.

1. El plan incluye contratos de seguro grupal y no grupal; componentes de atención médica de contratos de atención a largo plazo, como cuidados de enfermería especializada; beneficios médicos mediante contratos de automóviles grupales o individuales; y Medicare o algún otro plan del Gobierno federal, según lo permita la ley.
2. El plan no incluye cobertura por indemnización del hospital u otra cobertura por indemnización fija; cobertura solo para accidentes; cobertura para accidentes específicos o enfermedades específicas; cobertura para accidentes escolares; beneficios para componentes no médicos de las políticas de atención a largo plazo; políticas complementarias de Medicare; o cobertura a través de otros planes del Gobierno federal que no permitan la coordinación.

Cada contrato de cobertura que se realiza conforme a lo que se indica anteriormente en el punto (1) o en el punto (2) es un plan individual. Si un plan tiene dos partes y las normas de la COB se aplican solo a una de las dos, cada una de las partes se trata como un plan individual.

Este plan, para los fines de esta sección, significa la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica para los que se aplica la disposición sobre la COB y que puede reducirse debido a los beneficios de otros planes. Cualquier otra parte del contrato que ofrezca beneficios de atención médica es independiente de este plan. Un contrato puede aplicar la disposición sobre la COB para determinados beneficios, como los beneficios dentales, al coordinar únicamente beneficios similares, y puede aplicar otra disposición sobre la COB para coordinar otros beneficios.

El orden de las normas de determinación de beneficios establece si este plan es un plan primario o secundario cuando la persona tiene cobertura para atención médica de más de un plan.

Cuando este plan es primario, determina el pago de sus beneficios primero, antes que los de cualquier otro plan, sin considerar los beneficios de cualquier otro plan. Cuando este plan es secundario, determina sus beneficios después de los de otro plan y puede reducir los beneficios que paga para que los beneficios totales que pagan todos los planes no excedan el monto presentado. En ningún caso, los pagos de este plan excederán la tarifa máxima aprobada.

Orden de las normas de determinación de beneficios

Cuando una persona tenga la cobertura de dos o más planes, las normas para determinar el orden de los pagos de beneficios son las siguientes:

1. Este plan pagará como primario sobre cualquier plan de Medicaid o de jubilados que pueda tener.

2. Este plan pagará como secundario a cualquier plan individual, grupal, de automóvil o patrocinado por un empleador que pueda tener, excepto por aquellos que se indican en el punto (1).
3. Si este plan es el primario, pagará los beneficios en virtud de los términos de cobertura, independientemente de los beneficios de cualquier otro plan.
4. Excepto como se indica en el siguiente párrafo, un plan que no incluye la disposición sobre la COB es siempre primario, a menos que se requiera lo contrario por ley.

Será secundaria la cobertura que se obtiene en virtud de la membresía en un grupo que está diseñada para complementar una parte de un paquete básico de beneficios y determina que la cobertura complementaria será el exceso a cualquier otra parte del plan provisto por el titular del contrato, independientemente de si incluye la disposición sobre la COB o no.

5. Un plan puede considerar los beneficios pagados o provistos por otro plan en el cálculo del pago de los beneficios únicamente cuando sea secundario a ese otro plan.

Efecto sobre los beneficios de este plan

Cuando este plan sea secundario, puede reducir sus beneficios para que el total de beneficios pagados o prestados por todos los planes durante un año del plan no sean superiores al total del monto presentado. Para determinar el monto a pagar, este plan calculará los beneficios que hubiera pagado en ausencia de otra cobertura de atención médica (tarifa máxima aprobada) y lo aplicará al monto restante que usted adeuda al dentista siguiendo el pago del plan primario. El monto que paga este plan no excederá la tarifa máxima aprobada.

Derecho de recuperación

Si el monto de los pagos realizados por Delta Dental es superior al que debería haber pagado en virtud de esta disposición sobre la COB, puede recuperar el pago en exceso de una o más de las personas a las que haya pagado o por las que haya realizado el pago, o de cualquier otra persona u organización que sea responsable de los beneficios o los servicios proporcionados a la persona con cobertura. El "monto de los pagos realizados" incluye el valor razonable en efectivo de cualquier beneficio proporcionado en forma de servicios.

Conflictos en relación con la coordinación

Si cree que no hemos pagado una reclamación correctamente, debe intentar resolver el problema primero comunicándose con nosotros. Usted o su dentista deben comunicarse con el departamento de Servicio de Atención al Cliente de Delta Dental y pedirles que revisen la reclamación para garantizar que se haya procesado correctamente. Para ello, puede llamar al número gratuito 800-330-2732 y hablar con un asesor telefónico. También puede enviar su consulta por correo al departamento de Servicio de Atención al Cliente a la siguiente dirección:

Attention: Customer Service
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

También puede seguir los procedimientos para quejas y apelaciones que se detallan a continuación.

Procedimientos para quejas y apelaciones

Si tomamos una determinación adversa sobre los beneficios, recibirá un aviso de denegación de la cobertura. Usted o su representante autorizado deben pedir una revisión lo antes posible, pero deben presentar su solicitud de revisión en el plazo de **60 días** a partir de la fecha en que haya recibido el aviso de denegación de la cobertura. Delta Dental podría darle más tiempo si tiene un buen motivo por el que no pueda cumplir con la fecha límite.

Existen dos tipos de apelaciones.

Apelación estándar: le informaremos la decisión de la apelación estándar por escrito en un plazo de 30 días después de que hayamos recibido su apelación para una determinación de la organización anterior a los servicios. Es posible que nuestra decisión se demore más tiempo si usted solicita una extensión o si necesitamos más información sobre su caso. Le informaremos si necesitamos más tiempo y le explicaremos el motivo. Si su apelación es por el pago de un servicio que ya recibió, le informaremos la decisión por escrito en un plazo de 60 días.

Apelación rápida: tomaremos una decisión de la apelación rápida en un plazo de 72 horas después de que hayamos recibido su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico consideran que su salud podría estar gravemente en peligro si se espera hasta 30 días para una decisión. No puede solicitar una apelación rápida si nos pide un reembolso por un servicio que ya recibió.

Envíe las apelaciones a la siguiente dirección:

Delta Dental
Attn.: Appeals
P.O. Box 9230
Farmington Hills, MI 48333-9230

Fax: 517-381-5527
Teléfono: 800-330-2732
TTY: 711

Incluya su nombre y dirección, la identificación de miembro, la explicación de los beneficios, el motivo por el que considera que su reclamación se denegó de forma incorrecta y cualquier otra información que pueda respaldar su reclamación. Indique en su carta que solicita una apelación formal (apelación estándar/rápida) de su reclamación. También tiene derecho a revisar cualquier documento relacionado con su apelación. Si desea obtener un registro de su solicitud y una prueba de que Delta Dental la recibió, envíe su solicitud por correo postal certificado con acuse de recibo.

Si quiere que alguien más lo represente, puede designar a un familiar, un amigo, un abogado, un dentista u otra persona para que actúe como su representante. Para ello, siga la sección "Representante autorizado" que se describió anteriormente. Usted y la persona que desea que lo represente deben firmar y fechar una declaración que confirme que esto es lo que usted desea. Deberá enviar la declaración por correo o por fax a Delta Dental.

El director del área Dental o cualquier persona que revise su reclamación no será la misma persona que haya tomado la decisión inicial sobre su reclamación ni será un delegado de esta. El revisor no otorgará deferencia a la decisión anterior sobre su reclamación. El revisor evaluará la información, incluida toda información adicional que haya brindado, como si fuera la persona que toma la decisión sobre la reclamación por primera vez. La decisión del revisor tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información relacionada con su reclamación, incluso aunque la información no estuviera disponible cuando se tomó la decisión inicial de su reclamación.

El aviso de cualquier determinación adversa con respecto a su apelación (a) le informará los motivos específicos de la denegación; (b) enumerará las disposiciones del plan pertinentes en las que se basa la denegación; (c) incluirá una descripción de cualquier información o material adicional que sea necesario para tomar una decisión con respecto a la reclamación y una explicación de por qué dicha información es necesaria; (d) hará referencia a cualquier norma, pauta o protocolo internos que se hayan utilizado para tomar la decisión de la revisión.

Las apelaciones adversas se enviarán automáticamente a la institución de revisión independiente contratada por los CMS en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha en que Delta Dental haya recibido la apelación de primer nivel del miembro. El personal de Apelaciones avisará de manera simultánea al miembro que la apelación se está enviando a la institución de revisión independiente de los CMS.

Si tiene una queja o un conflicto, que no sea un aviso de denegación de la cobertura, por los que exprese disconformidad con la manera en que Delta Dental o un dentista haya prestado los servicios dentales, puede comunicarse con Delta Dental a la dirección que se indica anteriormente en esta sección o llamar a Servicios de Atención al Cliente al 800-330-2732 dentro de los 60 días de ocurrido el hecho. Delta Dental responderá todas las quejas por escrito en un plazo de 30 días a partir de su recepción.

Finalización de la cobertura

Su cobertura de Delta Dental puede finalizar de forma automática en los siguientes casos:

- ◆ Cuando su plan de salud recomienda a Delta Dental finalizar su cobertura.
- ◆ El primer día del mes en el que su plan de salud no realice el pago a Delta Dental.
- ◆ En caso de cometer fraude o tergiversación al presentar cualquier reclamación.
- ◆ Por cualquier otro motivo que se indique en el contrato entre Delta Dental y su plan de salud.

Delta Dental no continuará con la elegibilidad de ninguna persona que esté cubierta por este plan después de la fecha de finalización solicitada por su plan de salud. Una persona cuya elegibilidad finaliza no puede continuar con la cobertura en virtud de este Manual para miembros.

La obligación de pago de los beneficios de Delta Dental finaliza el último día de cobertura. Esta fecha suele ser el primer día del mes posterior a la recepción de una solicitud válida por escrito para cancelar la inscripción que haya aceptado su plan durante un período de elección válido de Medicare. Sin embargo, Delta Dental realizará el pago de los servicios cubiertos que se presten el último día de cobertura o hasta ese día, mientras Delta Dental reciba una reclamación por esos servicios en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio.

Condiciones generales

Subrogación y derecho al reembolso

Si Delta Dental proporciona beneficios en función de este plan y usted tiene derecho a obtener una indemnización de otro plan, Delta Dental se subroga en ese derecho.

En la medida en que este plan proporcione o pague los beneficios por los servicios cubiertos, Delta Dental se subroga en cualquier derecho que usted o su dependiente elegible puedan tener para recibir una indemnización de otro plan, de su compañía aseguradora o en virtud de su cobertura de “pagos médicos”, de cualquier cobertura de “conductor sin seguro” o “conductor con un seguro limitado”, o de otras disposiciones de cobertura similares. Usted o su representante legal deben llevar a cabo las medidas que sean necesarias para permitir que Delta Dental ejerza sus derechos y no realizar ninguna acción para perjudicarlos.

Si recibe indemnizaciones de cualquiera de las partes o a través de cualquier cobertura que se haya mencionado anteriormente, deberá reembolsar a Delta Dental esa indemnización en la medida en que se realicen los pagos mediante este plan.

Obtención y divulgación de la información

Mientras sea una persona elegible, usted acepta proporcionar a Delta Dental cualquier información que necesite para procesar sus reclamaciones y administrar sus beneficios. Esto incluye permitir que Delta Dental tenga acceso a sus expedientes dentales.

Relación entre el dentista y el paciente

Las personas elegibles pueden elegir libremente cualquier dentista. Cada dentista mantiene una relación de dentista y paciente, y es totalmente responsable del paciente en relación con el asesoramiento dental, el tratamiento y cualquier responsabilidad resultante.

Pérdida de la elegibilidad durante un tratamiento

Si una persona pierde la elegibilidad mientras recibe un tratamiento dental, solo se pagarán los servicios cubiertos que se hayan recibido cuando la persona estaba cubierta por este plan.

Pueden tener cobertura determinados servicios que hayan comenzado antes de la pérdida de la elegibilidad si se completan dentro de los 60 días posteriores a la fecha de finalización. En esos casos, Delta Dental evalúa los servicios en curso para determinar qué parte puede pagar Delta Dental. Usted debe pagar la diferencia entre el pago de Delta Dental y la tarifa total de esos servicios.

Presentación tardía de reclamaciones

Delta Dental no realizará el pago de los servicios o de los suministros si Delta Dental no ha recibido una reclamación de dichos servicios o suministros en el plazo de un año después de la fecha en que finalizaron los servicios o los suministros.

Cambios en el Manual para miembros o en el contrato

Ningún agente tiene la autoridad para cambiar las disposiciones de este Manual para miembros ni las del contrato en el que se basa. Ningún cambio que se realice en este Manual para miembros o en el contrato subyacente es válido si Delta Dental no lo aprueba por escrito.

Acciones

No se puede presentar ninguna acción en función de una reclamación legal que surja a partir de este Manual para miembros o que esté relacionada con este en un plazo de 60 días después de que se haya proporcionado el aviso de la reclamación legal a Delta Dental, a menos que las leyes estatales vigentes lo prohíban. Además, no se puede presentar ninguna acción después de más de tres años de que haya ocurrido la reclamación legal por primera vez o después de que haya transcurrido el período de prescripción vigente, si es más prolongado. Se considerará que toda persona que intente hacerlo ha renunciado a su derecho de presentar una demanda por dicha reclamación legal. Excepto en los casos que se indican anteriormente, esta disposición no le impide solicitar una decisión judicial o interponer otros recursos legales disponibles.

Derecho de recuperación por fraude

Si Delta Dental paga por servicios que se solicitaron o recibieron en virtud de excusas o circunstancias fraudulentas, falsas o engañosas, paga una reclamación que incluye información falsa o tergiversada, o paga una reclamación que se determina que es fraudulenta debido a sus acciones o las acciones de sus dependientes elegibles, puede recuperar ese pago de usted o de sus dependientes elegibles. Usted y sus dependientes elegibles autorizan a Delta Dental a recuperar cualquier pago que se determine que se basa en información falsa, fraudulenta, engañosa o tergiversada; para ello, se debe reducir ese monto de cualquier pago que se le adeude realmente a usted o a sus dependientes elegibles. Delta Dental brindará una explicación de la recuperación del pago al momento de realizar la deducción.

Ley vigente

Este Manual para miembros y el contrato grupal subyacente se regirán por los CMS y se interpretarán conforme a estos.

Beneficios obligatorios por ley

Si alguna ley vigente requiere una cobertura más amplia o un tratamiento más favorable para usted o para sus dependientes elegibles que los que se proporcionan en este Manual para miembros, esa ley prevalecerá sobre las disposiciones de este Manual para miembros.

Toda persona que pretenda engañar a una compañía aseguradora o que presente deliberadamente una solicitud o una reclamación que incluya una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

El fraude al seguro aumenta de manera considerable los costos de la atención médica. Si sabe de cualquier información falsa que se haya presentado ante Delta Dental, comuníquese con nuestra línea directa gratuita. Solo aceptamos llamadas antifraude a este número.

LÍNEA DIRECTA GRATUITA ANTIFRAUDE:

800.524.0147