

# **Plan PPO de Delta Dental**

**Fideicomiso de Beneficios del Empleador de Colorado  
Grupo # W1039, W1040 y W1041  
Revisado: 1 de enero de 2020**



**Programa de beneficios de Delta Dental PPO  
para el Grupo W1039  
FIDEICOMISO DE BENEFICIOS DEL EMPLEADOR DE  
COLORADO**

Se debe leer este programa de beneficios junto con el Folleto de Beneficios del Suscriptor. Su Folleto de Beneficios del Suscriptor le proporcionará información adicional sobre su plan Delta Dental, incluida la información sobre las exclusiones y limitaciones del plan. **En el caso que usted busque que lo atienda un proveedor no participante, es posible que deba hacerse cargo personalmente de más costos de bolsillo.**

***Right Start 4 Kids<sup>SM</sup>***

*Esta mejora del producto brinda cobertura para los niños hasta que cumplen 13 años al 100% del cargo permitido de PPO o*

*Proveedor Premier para la Atención diagnóstica y preventiva, Servicios básicos y Servicios principales únicamente, sin aplicar deducible (hasta el máximo anual y sujeto a las limitaciones y exclusiones definidas en el plan). El niño debe visitar a un proveedor de Delta Dental PPO o Premier de Delta Dental para recibir el 100% de coseguro. Si ve a un Proveedor no participante, se aplicarán los niveles de coseguro estándar del plan (como se demuestra en el cuadro a continuación).*

**Plan de control** - Delta Dental of Colorado

**Año de beneficios** - desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre

	<b>Proveedor de PPO</b>	<b>Proveedor Premier de Delta Dental</b>	<b>*Proveedor no participante</b>
<b>Servicios Cubiertos</b>	<b>El plan paga</b>	<b>El plan paga</b>	<b>El plan paga</b>
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>			
Exámenes orales y limpiezas	100%	100%	100%
Radiografías	100%	100%	100%
Selladores	100%	100%	100%
Tratamiento con flúor	100%	100%	100%
<b>Servicios básicos</b>			
Básicos de restauración (Empastes)	80%	80%	80%
Cirugía oral	80%	80%	80%
Endodoncia (Tratamiento de conducto)	80%	80%	80%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de las encías)	80%	80%	80%
Protector oclusal	80%	80%	80%
<b>Servicios principales</b>			
Implantes	50%	50%	50%
Prostodoncia (prótesis dentales, puentes)	50%	50%	50%
Restauraciones especiales (coronas, incrustaciones)	50%	50%	50%
<b>Servicios de ortodoncia</b>			
Ortodoncia (todas las edades)	50%	50%	50%

**\*Importante:** los Proveedores no participantes no tienen prohibido facturar con saldo pendiente, incluso en los Servicios cubiertos. En todos los reclamos con Proveedores no participantes, los suscriptores y/o los dependientes son responsables por la diferencia entre el monto total cobrado por el Proveedor y la Concesión máxima del plan no participante. Los Proveedores participantes están sujetos a tarifas contratadas sobre todos los Servicios Cubiertos y solo pueden facturar con saldo pendiente en los procedimientos que no sean Servicios Cubiertos.

**Edad**

Tipo	Límite de edad	Cobertura hasta
Hijo dependiente	26	Mes

**Deducible** (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre)

Clase	Tipo	Red	Monto
Todas las clases cubiertas excepto D&P y Orto.	Monto de cobertura individual	PPO y No-PPO	\$50
Todas las clases cubiertas excepto D&P y Orto.	Monto de cobertura familiar	PPO y No-PPO	\$150

**Máximo** (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre)

Clase	Tipo	Red	Monto
Todas las clases cubiertas excepto D&P y Orto.	Monto de cobertura individual	PPO y No-PPO	\$2000
Clases de ortodoncia	Individual para toda	PPO y No-PPO	\$2000

**Tipo de inscripción**

**La inscripción es del tipo abierta.** Por Inscripción Abierta se entiende el período de cada Año Contractual producido antes de la Fecha de la renovación durante el cual los Suscriptores elegibles pueden optar por inscribirse en el plan y/o pueden inscribir a sus dependientes elegibles, o cambiar de una opción de cobertura a otra, si el Contrato Grupal emitido así lo permite. La cobertura entrará en vigencia en la Fecha de Aniversario del Grupo.

Quando dos Suscriptores son cónyuges y ambos tienen derecho a la cobertura en virtud de este contrato, podrán inscribirse juntos o separados, aunque no podrán hacerlo de las dos formas a la vez. Los niños a cargo (dependientes) pueden ser inscritos por uno de los padres. El término cónyuge incluye una Unión civil.

**En el Plan PPO Delta Dental, puede consultar al Proveedor que desee. Existen tres niveles de Proveedores para elegir a nivel nacional:**

**Proveedor de PPO participante**

Entre las ventajas de ver a un proveedor de PPO, se encuentran:

- ✓ El pago se basa en los honorarios Permitidos para un Proveedor de PPO o el honorario pagado realmente, el que sea menor.
- ✓ Los formularios de reclamo los presenta directamente al proveedor por medio de Delta Dental.
- ✓ Usted es responsable de los deducibles y el coseguro aplicable por los procedimientos cubiertos.

**Usted recibirá los mejores beneficios disponibles que ofrece este plan al elegir un proveedor de PPO.**

**Proveedor participante Premier (no pertenece a PPO)**

Usted tiene la opción de consultar a un Proveedor Premier, pero incurrirá en costos adicionales:

- ✓ El pago se basa en el descuento máximo del Plan Premier o el honorario realmente pagado, el que sea menor.
- ✓ Los formularios de reclamo los presenta directamente al proveedor por medio de Delta Dental.
- ✓ Usted sólo es responsable por cualquier deducible y coseguro aplicable por los procedimientos cubiertos.

**Proveedor no participante (no pertenece a PPO)**

Usted tiene la opción de consultar a un proveedor no participante, pero puede incurrir en costos de bolsillo adicionales.

- ✓ Usted puede ser responsable por el pago completo al Proveedor y por completar la solicitud de reembolso ante Delta Dental.
- ✓ Usted es responsable por la diferencia entre el monto el descuento máximo del Plan para no participantes y el honorario total cobrado por el Proveedor.
- ✓ El reembolso se basa en el 70% de los honorarios habituales.

**MONTO CUBIERTO** significa

- ✓ Para los Proveedores de la PPO, el menor entre el honorario deducible del Proveedor de la PPO y el honorario cobrado realmente.
- ✓ Para los Proveedores participantes de Premier, el menor entre el descuento máximo del Plan Premier y el honorario cobrado realmente.
- ✓ Para todos los otros Proveedores, el menor entre el Descuento máximo del Plan Premier y el honorario cobrado realmente.

Los condados de Colorado sin Proveedores Premier o PPO son Cheyenne, Crowley, Gilpin, Jackson, Kiowa, Saguache, San Juan y Sedgwick.

**Programa de beneficios de Delta  
Dental PPO para el Grupo # W1040  
FIDEICOMISO DE BENEFICIOS DEL  
EMPLEADOR DE COLORADO**

Se debe leer este Programa de beneficios junto con el Folleto de Beneficios del Suscriptor. Su Folleto de Beneficios del Suscriptor le proporcionará información adicional sobre su plan Delta Dental, incluida información sobre las exclusiones y limitaciones del plan. **En el caso que usted busque que lo atienda un proveedor no participante, es posible que deba hacerse cargo personalmente de más costos de bolsillo.**

**Right Start 4 Kids<sup>SM</sup>**

*Esta mejora del producto brinda cobertura para los niños hasta que cumplen 13 años al 100% del cargo permitido de PPO o*

*Proveedor Premier para la Atención diagnóstica y preventiva, Servicios básicos y Servicios principales únicamente, sin aplicar deducible (hasta el máximo anual y sujeto a las limitaciones y exclusiones definidas en el plan). El niño debe visitar a un proveedor de Delta Dental PPO o Premier de Delta Dental para recibir el 100% de coseguro. Si ve a un Proveedor no participante, se aplicarán los niveles de coseguro estándar del plan (como se demuestra en el cuadro a continuación).*

**Plan de control** - Delta Dental of Colorado

**Año de beneficios** - desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre

	<b>Proveedor de PPO</b>	<b>Proveedor Premier de Delta Dental</b>	<b>*Proveedor no participante</b>
<b>Servicios Cubiertos</b>	<b>El plan paga</b>	<b>El plan paga</b>	<b>El plan paga</b>
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>			
Exámenes orales y limpiezas	100%	100%	100%
Radiografías	100%	100%	100%
Selladores	100%	100%	100%
Tratamientos con flúor	100%	100%	100%
<b>Servicios básicos</b>			
Básicos de restauración (Empastes)	80%	80%	80%
Cirugía oral	80%	80%	80%
Endodoncia (Tratamiento de conducto)	80%	80%	80%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de las encías)	80%	80%	80%
Protector oclusal	80%	80%	80%
<b>Servicios principales</b>			
Implantes	50%	50%	50%
Prostodoncia (prótesis dentales, puentes)	50%	50%	50%
Restauraciones especiales (coronas, incrustaciones)	50%	50%	50%
<b>Servicios de ortodoncia</b>			
Ortodoncia (niños hasta los 19 años)	50%	50%	50%

**\*Importante:** los Proveedores no participantes no tienen prohibido facturar con saldo pendiente, incluso en Servicios cubiertos. En todos los reclamos con Proveedores no participantes, los Suscriptores y/o los Dependientes son responsables por la diferencia entre el monto total cobrado por el Proveedor y la Concesión máxima del plan no participante. Los Proveedores participantes están sujetos a tarifas contratadas sobre todos los Servicios Cubiertos y solo pueden facturar con saldo pendiente en procedimientos que no sean Servicios Cubiertos.

**Edad**

Tipo	Límite de edad	Cobertura hasta
Orto. final del dependiente	19	Mes
Hijo dependiente	26	Mes

**Deducible (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre)**

Clase	Tipo	Red	Monto
Todas las clases cubiertas excepto D&P y Orto.	Monto de cobertura individual	PPO y No-PPO	\$50
Todas las clases cubiertas excepto D&P y Orto.	Monto de cobertura familiar	PPO y No-PPO	\$150

**Máximo (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre)**

Clase	Tipo	Red	Monto
Todas las clases cubiertas excepto D&P y Orto.	Monto de cobertura individual	PPO y No-PPO	\$1500
Clases de ortodoncia	Individual para toda	PPO y No-PPO	\$1500

**Tipo de inscripción**

**La inscripción es del tipo abierta.** Por Inscripción Abierta se entiende el período de cada Año Contractual producido antes de la Fecha de la renovación durante el cual los Suscriptores elegibles pueden optar por inscribirse en el plan y/o pueden inscribir a sus dependientes elegibles, o cambiar de una opción de cobertura a otra, si el contrato grupal emitido así lo permite. La cobertura entrará en vigencia en la Fecha de Aniversario del Grupo.

Cuando dos Suscriptores son cónyuges y ambos tienen derecho a la cobertura en virtud de este contrato, podrán inscribirse juntos o separados, aunque no podrán hacerlo de las dos formas a la vez. Los niños a cargo (dependientes) pueden ser inscritos por uno de los padres. El término cónyuge incluye una Unión civil.

**En el Plan PPO de Delta Dental, puede consultar al Proveedor que desee. Existen tres niveles de los Proveedores para elegir a nivel nacional:**

**Proveedor de PPO participante**

Entre las ventajas de ver a un proveedor de PPO, se encuentran:

- ✓ El pago se basa en los honorarios Permitidos para un Proveedor de PPO o el honorario pagado realmente, el que sea menor.
- ✓ Los formularios de reclamo los presenta directamente al proveedor por medio de Delta Dental.
- ✓ Usted es responsable de los deducibles y el coseguro aplicable por los procedimientos cubiertos.

**Usted recibirá los mejores beneficios disponibles que ofrece este plan al elegir un proveedor de PPO.**

**Proveedor participante Premier (no pertenece a PPO)**

Usted tiene la opción de consultar a un Proveedor Premier, pero incurrirá en costos adicionales:

- ✓ El pago se basa en el Descuento Máximo del Plan Premier o el honorario realmente pagado, el que sea menor.
- ✓ Los formularios de reclamo los presenta directamente al proveedor por medio de Delta Dental.
- ✓ Usted sólo es responsable por cualquier deducible y coseguro aplicable por los procedimientos cubiertos.

**Proveedor no participante (no pertenece a PPO)**

Usted tiene la opción de consultar a un proveedor no participante, pero puede incurrir en costos de bolsillo adicionales.

- ✓ Usted puede ser responsable por el pago completo al Proveedor y por completar la solicitud de reembolso ante Delta Dental.
- ✓ Usted es responsable por la diferencia entre el Descuento Máximo del Plan para no participantes y el honorario total cobrado por el Proveedor.
- ✓ El reembolso se basa en el 50% de los honorarios habituales.

**MONTO CUBIERTO** significa

- ✓ Para los Proveedores de la PPO, el menor entre el honorario deducible del Proveedor de la PPO y el honorario cobrado realmente.
- ✓ Para los Proveedores participantes de Premier, el menor entre el descuento máximo del Plan Premier y el honorario cobrado realmente.
- ✓ Para todos los otros Proveedores, el menor entre el Descuento Máximo del Plan Premier y el honorario cobrado realmente.

Los condados de Colorado sin proveedores Premier o PPO son Cheyenne, Crowley, Gilpin, Jackson, Kiowa, Saguache, San Juan, y Sedgwick.

**Programa de beneficios de Delta  
Dental PPO para el Grupo # W1041  
FIDEICOMISO DE BENEFICIOS DEL  
EMPLEADOR DE COLORADO**

Se debe leer este programa de beneficios junto con el Folleto de Beneficios del Suscriptor. Su Folleto de Beneficios del Suscriptor le proporcionará información adicional sobre su plan Delta Dental, incluida la información sobre las exclusiones y limitaciones del plan. **En el caso que usted busque que lo atienda un proveedor no participante, es posible que deba hacerse cargo personalmente de mayores costos de bolsillo.**

**Right Start 4 Kids<sup>SM</sup>**

*Esta mejora del producto brinda cobertura para los niños hasta que cumplen 13 años al **100% del cargo permitido de PPO o el Proveedor Premier** para la Atención diagnóstica y preventiva, Servicios básicos y Servicios principales únicamente, sin aplicar el deducible (hasta el máximo anual y sujeto a las limitaciones y exclusiones definidas en el plan). El niño debe visitar a un proveedor de Delta Dental PPO o Premier de Delta Dental para recibir el 100% de coseguro. Si ve a un Proveedor no participante, se aplicarán los niveles de coseguro estándar del plan (como se demuestra en el cuadro a continuación).*

**Plan de control** - Delta Dental de Colorado

**Año de beneficios** - desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre

	<b>Proveedor de PPO</b>	<b>Proveedor Premier de Delta Dental</b>	<b>*Proveedor no participante</b>
<b>Servicios Cubiertos</b>	<b>El plan paga</b>	<b>El plan paga</b>	<b>El plan paga</b>
<b>Servicios de diagnóstico y prevención</b>			
Exámenes orales y limpiezas	100%	100%	100%
Radiografías	100%	100%	100%
Selladores	100%	100%	100%
Tratamientos con flúor	100%	100%	100%
<b>Servicios básicos</b>			
Básicos de restauración (Empastes)	80%	80%	80%
Cirugía oral	80%	80%	80%
Endodoncia (Tratamiento de conducto)	80%	80%	80%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de las encías)	80%	80%	80%
Protector oclusal	80%	80%	80%
<b>Servicios principales</b>			
Implantes	50%	50%	50%
Prostodoncia (prótesis dentales, puentes)	50%	50%	50%
Restauraciones especiales (coronas, incrustaciones)	50%	50%	50%

**La ortodoncia no es un beneficio con cobertura.**

**\*Importante:** los Proveedores no participantes no tienen prohibido facturar con saldo pendiente, incluso en Servicios cubiertos. En todos los reclamos con Proveedores no participantes, los Suscriptores y/o los dependientes son responsables por la diferencia entre el monto total cobrado por el Proveedor y el Descuento máximo del plan no participante. Los Proveedores participantes están sujetos a tarifas contratadas sobre todos los Servicios Cubiertos y solo pueden facturar con saldo pendiente en procedimientos que no sean Servicios Cubiertos.

**Edad**

<b>Tipo</b>	<b>Límite de edad</b>	<b>Cobertura hasta</b>
Hijo dependiente	26	Mes



**Deducible** (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre)

Clase	Tipo	Red	Monto
Todas las clases cubiertas a excepción de D&P	Monto de cobertura individual	PPO y No-PPO	\$50
Todas las clases cubiertas a excepción de D&P	Monto de cobertura familiar	PPO y No-PPO	\$150

**Máximo** (desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre)

Clase	Tipo	Red	Monto
Todas las clases cubiertas a excepción de D&P	Monto de cobertura individual	PPO y No-PPO	\$1500

**Tipo de inscripción**

**La inscripción es del tipo abierta.** Por Inscripción Abierta se entiende el período de cada Año Contractual producido antes de la Fecha de la renovación durante el cual los Suscriptores elegibles pueden optar por inscribirse en el plan y/o pueden inscribir a sus dependientes elegibles, o cambiar de una opción de cobertura a otra, si el contrato grupal emitido así lo permite. La cobertura entrará en vigencia en la Fecha de Aniversario del Grupo.

Quando dos Suscriptores son cónyuges y ambos tienen derecho a la cobertura en virtud de este contrato, podrán inscribirse juntos o separados, aunque no podrán hacerlo de las dos formas a la vez. Los niños a cargo (dependientes) pueden ser inscritos por uno de los padres. El término cónyuge incluye una Unión civil.

**En el Plan PPO de Delta Dental, puede consultar al Proveedor que desee. Existen tres niveles de Proveedores para elegir a nivel nacional:**

**Proveedor de PPO participante**

Entre las ventajas de ver a un proveedor de PPO, se encuentran:

- ✓ El pago se basa en los honorarios permitidos para un proveedor de PPO o el honorario pagado realmente, el que sea menor.
- ✓ Los formularios de reclamo los presenta directamente al proveedor por medio de Delta Dental.
- ✓ Usted es responsable de los deducibles y el coseguro aplicable por los procedimientos cubiertos.

**Usted recibirá los mejores beneficios disponibles que ofrece este plan al elegir un proveedor de PPO.**

**Proveedor participante Premier (no pertenece a PPO)**

Usted tiene la opción de consultar a un Proveedor Premier, pero incurrirá en costos adicionales:

- ✓ El pago se basa en el descuento máximo del Plan Premier o el honorario realmente pagado, el que sea menor.
- ✓ Los formularios de reclamo los presenta directamente a Delta Dental por medio de los proveedores.
- ✓ Usted sólo es responsable por cualquier deducible y coseguro aplicable por los procedimientos cubiertos.

**Proveedor no participante (no pertenece a PPO)**

Usted tiene la opción de consultar a un proveedor no participante, pero puede incurrir en costos de bolsillo adicionales.

- ✓ Usted puede ser responsable por el pago completo al Proveedor y por completar la solicitud de reembolso ante Delta Dental.
- ✓ Usted es responsable por la diferencia entre el monto el descuento máximo del Plan para no participantes y el honorario total cobrado por el Proveedor.
- ✓ El reembolso se basa en el 50% de los honorarios habituales.

**MONTO CUBIERTO** significa

- ✓ Para los Proveedores de la PPO, el menor entre el honorario deducible del Proveedor de la PPO y el honorario cobrado realmente.
- ✓ Para los Proveedores participantes del Premier, el menor entre el descuento máximo del Plan Premier y el honorario cobrado realmente.
- ✓ Para todos los otros Proveedores, el menor entre el descuento máximo del Plan Premier y el honorario cobrado realmente.

Los condados de Colorado sin proveedores Premier o PPO son Cheyenne, Crowley, Gilpin, Jackson, Kiowa, Saguache, San Juan, y Sedgwick.

# Delta Dental de Colorado

## Plan Dental Grupal

CONTÁCTENOS

Visite el sitio Web de Delta Dental en:  
[www.deltadentalco.com](http://www.deltadentalco.com)

Allí puede buscar un Proveedor, descargar un formulario de quejas o acceder a cualquier otra información de su cuenta personal.

Delta Dental de Colorado  
4582 South Ulster Street, Suite 800  
Denver CO 80237

Servicios al cliente:  
1-800-610-0201

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTÁCTENOS.....	1
Índice .....	2
ELEGIBILIDAD.....	3
CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS (Aplicable a los Planes de atención administrada) .....	3
BENEFICIOS/COBERTURA (Lo que está cubierto) .....	4
LIMITACIONES/EXCLUSIONES (Lo que no está cubierto) .....	9
RESPONSABILIDAD DE PAGOS DE LOS MIEMBROS .....	10
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS (Cómo presentar un reclamo) .....	10
DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA GENERAL .....	10
FINALIZACIÓN/CONTINUACIÓN.....	14
APELACIONES Y QUEJAS .....	14
INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA Y CAMBIOS EN LAS TARIFAS .....	15
DEFINICIONES .....	15

## ELEGIBILIDAD

Todos los Suscriptores elegibles y sus dependientes que se inscriban estarán cubiertos a partir de la fecha de entrada en vigencia. Todos los Suscriptores serán elegibles cuando lo determine el grupo del empleador.

Esta póliza tiene vigencia desde las 12.00 a.m. en la fecha de inscripción y finalizará a las 11.59 p.m. de la fecha de finalización.

Los beneficios para los hijos dependientes continuarán hasta el último día del mes calendario en que se cumple la edad límite.

Las personas que están en servicio militar activo no se consideran como Dependientes elegibles. Los dependientes de un Suscriptor elegible pueden inscribirse dentro de los 30 días de lo siguiente:

- ✓ La fecha en que el Suscriptor se vuelve elegible para inscribirse. La fecha de entrada en vigencia es la del suscriptor.
- ✓ Los Nuevos dependientes de un evento calificante deben inscribirse dentro de los 30 días y estarán cubiertos a partir de la fecha del evento. Los recién nacidos y los niños adoptados estarán cubiertos en la fecha de nacimiento o en la fecha de la ubicación para la adopción.
- ✓ La fecha en que pierden la cobertura a través de otra fuente, si muestran el comprobante de la pérdida. (La pérdida de cobertura es cualquier pérdida por fallecimiento, divorcio, pérdida de empleo o finalización de los beneficios por parte del suscriptor). La fecha de entrada en vigencia será la fecha del evento.

Si no se incorpora dentro del plazo de 30 días, el Dependiente puede ser agregado durante el período de Inscripción abierta, si correspondiera.

## CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS (Aplicable a los Planes de atención administrada)

### Cómo encontrar un proveedor

Hay dos formas fáciles de saber si su Proveedor es un Proveedor Delta Dental PPO de la red.

1. Visite nuestro sitio web en [www.deltadentalco.com](http://www.deltadentalco.com) o

2. Llame a nuestro centro telefónico automatizado al 1-800-610-0201.

***La red está sujeta a cambios. Por favor, verifique el estado de su Proveedor antes de su próximo tratamiento.***

No es necesario que obtenga la aprobación antes del tratamiento. Antes de comenzar un tratamiento que pueda costar \$400 o más, podrá solicitarle un estimativo a Delta Dental. No se exige la estimación previa al tratamiento.

## BENEFICIOS/COBERTURA (Lo que está cubierto)

### SERVICIOS DENTALES CUBIERTOS

#### SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNOSTICO

**Diagnósticos:** ciertos Servicios que se realizan para asistir al Proveedor en la evaluación de las afecciones existentes y para determinar la atención dental necesaria.

**Preventivos:** ciertos servicios realizados para prevenir que se presenten anomalías o enfermedades dentales.

**Complementarios:** ciertos servicios adicionales, incluidos los tratamientos paliativos de emergencia realizados como medida temporal que no implican una curación definitiva.

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO
<b>Examen bucal (todos los tipos de exámenes)</b>	Cobertura de dos exámenes en un año calendario. No hay ningún beneficio separado para el diagnóstico, planificación de tratamiento o consulta por parte de un proveedor tratante.
<b>Evaluación bucodental limitada: basada en un problema</b>	Cobertura de dos exámenes en un año calendario (además de los Exámenes bucales).
<b>Limpieza dental</b>	Cobertura de dos limpiezas en un año calendario. Una limpieza de adulto no está cubierta para las personas menores de 14 años. Para aquellos con cualquier afección(es) enumerada debajo, 2 limpiezas adicionales (o cualquier procedimiento que incluya la limpieza) serán suministradas durante un año calendario. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Personas con antecedentes de tratamiento periodontal definitivo previo</li> <li>✓ Diabetes con afecciones documentadas en las encías</li> <li>✓ Embarazo con afecciones documentadas en las encías</li> <li>✓ Enfermedades cardiovasculares con afecciones documentadas en las encías</li> <li>✓ Insuficiencia renal con diálisis, y</li> <li>✓ Sistema inmunológico suprimido debido a la quimioterapia o tratamiento de radiación, estado de VIH positivo, trasplante de órganos o trasplante de células madres (médula ósea).</li> </ul>
<b>Radiografías de aletas de mordida</b>	Cobertura de uno por año calendario.
<b>Análisis bucal completo o radiografía panorámica</b>	Cubierto una vez en un período de 5 años calendario.
<b>Radiografías periapicales individuales, Radiografías oclusales intraorales, Radiografías extraorales</b>	Limitado a la asignación para un análisis bucal completo o radiografía panorámica. Si el cargo cumple o excede la asignación para un análisis bucal completo, se procesará como análisis bucal completo.
<b>Selladores</b>	Cubierto una vez por diente en un período de 36 meses. Se permite en la superficie oclusal (mordida) de las muelas permanentes no restauradas y sin deterioro Cobertura para niños de hasta 15 años. No existe un beneficio separado para la preparación de un diente o de cualquier otro procedimiento asociado con la aplicación de un sellador.
<b>Restauraciones preventivas de resina</b>	Cobertura como un sellador según lo anterior.
<b>Tratamientos con flúor</b>	Cobertura dos veces en un año calendario, hasta los 15 años.
<b>Retenedor de espacio</b>	Cubierto en niños hasta los 13 años para mantener el espacio originado por la pérdida prematura de los dientes
<b>Servicios complementarios</b>	Los Servicios relacionados con otra categoría de servicios cubiertos se pagarán al mismo porcentaje que la categoría relacionada de servicios cubiertos.
<b>Tratamiento paliativo</b>	Cubierto como beneficio separado sólo si no se brinda otro servicio durante la visita excepto un examen y/o las radiografías.
<b>Procedimientos de laboratorio de patología</b>	Cobertura con un informe de patología.

## SERVICIOS BÁSICOS

**Reconstituyente básico:** empastes y coronas premoldeadas para el tratamiento de caries dentales que producen la destrucción visible de la estructura dura del diente, o la pérdida de la estructura del diente debido a una fractura.

**Cirugía Bucal:** extracciones y ciertos servicios quirúrgicos y la anestesia asociada cubierta y/o los servicios cubiertos.

**Endodónticos:** ciertos servicios para el tratamiento de la pulpa dental no vital producido por una enfermedad o un trauma.

**Periodónticos:** ciertos servicios para el tratamiento de tejido de las encías y los huesos que sostienen los dientes.

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO
<b>Rellenos de amalgama (empastes de plata)</b>	Se pagarán empastes múltiples en una superficie como si fuesen un empaste simple. Se permite el reemplazo de un empaste de amalgama existente si ha transcurrido un mínimo de 1 año calendario desde que se colocó la amalgama existente.
<b>Empastes de resina compuesta (plástico blanco)</b>	Se pagarán empastes múltiples en una superficie como si fuesen un empaste simple. El reemplazo de un empaste de resina existente se permite si ha transcurrido un mínimo de 1 año calendario desde que se colocó el empaste de resina existente.
<b>Coronas de acero inoxidable Coronas de resina</b>	Cubierto cuando el diente no puede repararse con un empaste y luego, 1 vez por año calendario.
<b>Empaste protector</b>	Se cubre únicamente si no se ha hecho otro servicio de restauración en el mismo diente y en la misma fecha. No tiene cobertura durante el curso de un tratamiento de endodoncia.
<b>Retención del perno</b>	Se cubre como un servicio básico de empaste (amalgama o compuesto). Un solo beneficio por empaste.
<b>Extracciones- Remanentes de corona Diente temporal</b>	Incluye anestesia local y atención posoperatoria de rutina, que no se cubren por separado.
<b>Extracciones - Diente salido o Raíz expuesta</b>	Incluye anestesia local y atención posoperatoria de rutina, que no se cubren por separado.
<b>Pulpotomía terapéutica</b>	Se cubre para los dientes de leche.
<b>Terapia del canal radicular</b>	Cubierto una vez por diente. Las radiografías, cultivos, exámenes, anestesia local y la atención de control de rutina no se cubren por separado.
<b>Repetición del tratamiento del canal radicular</b>	Cobertura si transcurrieron al menos 2 años calendario desde que se realizó el primer procedimiento de tratamiento de conducto en el mismo diente.
<b>Apexificación/recalcificación (cierre apical/reparación calcificada de perforaciones, reabsorción radicular, etc.)</b>	Cubierto una vez por diente. Un curso de tratamiento incluye visita inicial, provisoria y final. Las radiografías, cultivos, exámenes, anestesia local y la atención de control de rutina no se cubren por separado.
<b>Apicoectomía</b>	Cobertura una vez por raíz cada 24 meses. Las radiografías, cultivos, análisis, anestesia local y atención de seguimiento de rutina no están cubiertos por separado.
<b>Empaste retrógrado (por raíz)</b>	Cobertura una vez por raíz cada 24 meses. Las radiografías, cultivos, exámenes, anestesia local y la atención de control de rutina no se cubren por separado.
<b>Amputación de la raíz (por raíz)</b>	Las radiografías, cultivos, exámenes, anestesia local y la atención de control de rutina no se cubren por separado.
<b>Hemisección (no incluye la extracción de la raíz)</b>	Las radiografías, cultivos, exámenes, anestesia local y la atención de control de rutina no se cubren por separado.
<b>Raspado periodóntico y alisado radicular- Por cuadrante</b>	Cubierto una vez por cuadrante de la boca en un período de 2 años calendario.
<b>Procedimientos de mantenimiento periodóntico después de las terapias activas</b>	Los procedimientos de mantenimiento periodóntico o la combinación de los procedimientos de mantenimiento periodóntico y la profilaxis (limpiezas de niños y adultos) se limitan a 4 por año calendario.
<b>Gingivectomía</b>	Cobertura de un procedimiento quirúrgico periodóntico una vez por cuadrante cada 36 meses. Si se trata menos que el cuadrante completo, los beneficios se basarán en el honorario para un cuadrante parcial. La anestesia local y la atención posterior a la operación de rutina no se permiten como beneficios por separado.

<b>Procedimiento de colgajo gingival</b>	Cobertura de un procedimiento quirúrgico periodóntico una vez por cuadrante cada 36 meses. Si se trata menos que el cuadrante completo, los beneficios se basarán en el honorario para un cuadrante parcial. El alisado radicular, anestesia local y la atención posterior a la operación de rutina no se cubren por separado.
<b>Alargamiento de la corona - Tejido duro, Por Reporte</b>	No tiene cobertura si se realiza en la misma fecha de la cirugía de estructuras óseas, preparación de las coronas u otras restauraciones.
<b>Cirugía ósea, Regeneración tisular guiada (incluye cirugía y recuperación), Injerto del pedículo de tejido blando, Injerto de tejido blando libre (incluida la zona del donante).</b>	Cobertura de un procedimiento quirúrgico periodóntico una vez por cuadrante cada 36 meses. Si se trata menos que el cuadrante completo, los beneficios se basarán en el honorario para un cuadrante parcial. La anestesia local y la atención posterior a la operación de rutina no se permiten como beneficios por separado.
<b>Extracciones quirúrgicas de dientes o raíces dentales</b>	La anestesia local y la atención posterior a la operación de rutina no se permiten como beneficios por separado.
<b>Servicios de cirugía oral</b>	Incluye cierre de la fistula, cierre de perforación de seno, nueva implantación del diente, acceso quirúrgico para exponer dientes, biopsias, extirpación de la lesión del tejido blando, extirpación del tejido óseo, extirpación del tejido de encía hiperplástico e incisiones quirúrgicas y extirpación de quistes. La anestesia local y la atención posterior a la operación de rutina no se permiten como beneficios por separado.
<b>Alveoloplastia</b>	No se permite como beneficio por separado cuando se realiza en la misma fecha de las extracciones. Incluye la anestesia local y la atención de rutina posterior a la operación.
<b>Analgesia con anestesia general (óxido nitroso) intravenosa- Sedación</b>	Solo se permite un tipo de procedimiento de anestesia por fecha de servicio como beneficio por separado si se suministra para los procedimientos quirúrgicos bucales cubiertos.
<b>Radiografías de haz cónico</b>	Limitado a una cada cinco años calendario
<b>Protector oclusal y su Ajuste</b>	Aparato dental removible diseñado para minimizar los efectos del bruxismo (rechinar los dientes) y otros factores oclusales. Cobertura de uno por cada 5 años calendario. Los ajustes se cubren una vez cada 24 meses.

## SERVICIOS PRINCIPALES

**Reconstituyente especial:** restauraciones (pueden incluir o no un perno) y restauraciones procesadas en laboratorio (coronas, recubrimientos) para el tratamiento de caries que producen una destrucción visible de la estructura dura del diente o la pérdida de la estructura del diente debido a una fractura que no puede reconstituirse con amalgama o restauraciones del compuesto.

**Prostodónticos:** servicios para la construcción o reparación de las dentaduras parciales fijas (puentes), modelos de dientes postizos parciales extraíbles de metal o acrílico y dientes postizos completos de acrílico, y dientes postizos temporales desmontables para reemplazar dientes permanentes extraídos completamente o por avulsión natural.

**Implantes:** aparatos protésicos colocados dentro o sobre el hueso en la mandíbula superior o inferior para retener o dar soporte a las prótesis dentales.

<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO</b>
<b>Coronas recementadas e incrustaciones</b>	Se cubre después de un periodo de 6 meses a partir de la inserción inicial.
<b>Reparaciones en coronas</b>	Sujeto a revisión del consultor de Delta Dental.
<b>Recementación del puente fijo</b>	Se cubre después de un periodo de 6 meses a partir de la fecha de inserción inicial del puente
<b>Reparaciones en puentes fijos</b>	Sujeto a revisión del consultor de Delta Dental.
<b>Ajustes de la dentadura</b>	Cobertura después de 6 meses posteriores a la inserción de la dentadura completa o parcial.
<b>Reparaciones en dentaduras parciales y completas</b>	Cobertura después de 6 meses posteriores a la inserción de la dentadura completa o parcial.
<b>Acondicionamiento del tejido por unidad de dentadura</b>	Cubierto dos veces en un periodo de 36 meses.
<b>Revestimiento de las dentaduras Rebase de las dentaduras</b>	El revestimiento o rebase está cubierto al menos 6 meses después de la inserción inicial de dentadura completa o parcial y luego de eso, no más de una vez cada 36 meses.



<b>Incrustaciones</b>	Se brindará una asignación de beneficios alternativa para el empaste de amalgama para la misma cantidad de superficies. Toda diferencia en el honorario se le cobrará al paciente. Tendrá cobertura si pasaron 5 años calendario desde la última colocación. No tiene cobertura para los niños menores de 12 años.
<b>Coronas y recubrimientos</b>	Cubiertos cuando el diente no se puede reparar con amalgama o empaste compuesto y si transcurrieron más de 5 años calendario desde la última colocación. No tiene cobertura para los niños menores de 12 años.
<b>Restauración central (corona) incluidos los pernos</b>	Cobertura cuando sea necesario para retener una corona o revestimiento y solo cuando la necesidad se deba a la pérdida extensiva de la estructura dental causada por fractura o caries. Hay cobertura solo si pasaron 5 años calendario desde la última restauración o procedimiento de perno y corona para el mismo diente. No tiene cobertura para los niños menores de 12 años.
<b>Perno y corona (junto con Coronas o recubrimientos)</b>	Cobertura para dientes bajo tratamiento endodóntico. Debe ser necesario para retener una corona o revestimiento y solo cuando la necesidad se deba a la pérdida extensiva de la estructura dental causada por fractura o caries. Hay cobertura solo si pasaron 5 años calendario desde la última restauración o procedimiento de perno y corona para el mismo diente. No tiene cobertura para los niños menores de 12 años.
<b>Implantes - Colocación y restauración quirúrgica</b>	La colocación de un implante quirúrgico y de una corona, una dentadura postiza parcial o completa o un puente sobre el implante es un servicio cubierto una vez cada 5 años calendario para restauraciones realizadas en el mismo diente. Esta limitación incluye cualquier Reconstitución especial o los beneficios prostodónticos realizados en el mismo diente. No tiene cobertura para los niños menores de 16 años.
<b>Puentes fijos</b>	Cobertura para puente fijo inicial. Cobertura de reemplazo de puente fijo existente si el puente fijo existente tiene más de 5 años calendario, si el puente fijo existente no se puede reparar y no hay pago previo de Reconstituyente especial o de Beneficio prostodóntico cubierto para el mismo diente. No tiene cobertura para los niños menores de 16 años.
<b>Reparación central (puente) incluidos los pernos (en conjunto con un pilar de puente o puente fijo)</b>	Cobertura cuando sea necesario retener un puente fijo o dientes con tratamiento de endodoncia. Solo cuando la necesidad se deba a la pérdida extensiva de la estructura dental causada por fractura o caries. Hay cobertura solo si pasaron 5 años calendario desde la última restauración o procedimiento de perno y corona para el mismo diente. No tiene cobertura para los niños menores de 16 años.
<b>Dentaduras postizas completas</b>	Cobertura para dentaduras postizas completas iniciales. Tendrá cobertura si pasaron 5 años calendario desde la última colocación. No debe ser posible reparar las dentaduras. No hay cobertura para las dentaduras personalizadas, sobre dentaduras o procedimientos asociados.
<b>Dentaduras postizas parciales</b>	Cobertura para dentaduras postizas parciales iniciales. Tendrá cobertura si pasaron 5 años calendario desde la última colocación. No debe ser posible reparar las dentaduras. No hay cobertura para las adherencias de precisión o semiprecisión. El beneficio para las dentaduras postizas parciales incluye cierres convencionales, abrazaderas y todos los dientes. No hay cobertura para las dentaduras postizas parciales de metal para niños menores de 16 años.
<b>Dentaduras postizas parciales temporales</b>	Hay cobertura para dentaduras postizas parciales temporales extraíbles para reemplazar dientes frontales permanentes faltantes. Tendrá cobertura solo si pasaron 5 años calendario desde la última colocación.

**SERVICIOS DE ORTODONCIA (No es un beneficio cubierto para el Grupo # W1041)**

PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO
<b>Tratamiento de ortodoncia</b>	Ortodoncia se define como los servicios prestados por un Proveedor matriculado que incluyen cirugía ortognática o terapia con aparatos para el movimiento de dientes y retención postratamiento para el tratamiento del mal alineamiento de los dientes y/o los maxilares, incluido cualquier servicio interceptor.
<b>Limitaciones en los beneficios de ortodoncia</b>	<p>a) No se otorgarán beneficios por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Reemplazo o reparación de aparatos.</li><li>✓ La atención de ortodoncia suministrada en el tratamiento de casos periodontales o casos que involucren el tratamiento o el reposicionamiento de la articulación temporomandibular o afecciones relacionadas.</li></ul> <p>b) Los pagos periódicos por ortodoncia finalizarán por la finalización del tratamiento, por cualquier razón antes de la terminación del caso, o la finalización de la elegibilidad de la persona cubierta.</p> <p>c) El pago de beneficios de ortodoncia inicial para un plan de tratamiento integral de 13 meses o más se hará en dos (2) cuotas. El 1er pago se emitirá cuando se coloque la banda o inserción. El 2do pago se hará 12 meses después. El pago final se reducirá por otros beneficios de ortodoncia emitidos que se apliquen al máximo del plan de ortodoncia. Solo los miembros elegibles en el Plan de 12 meses después de la colocación de la banda inicial recibirán el pago final.</p> <p>d) El pago del beneficio de ortodoncia para planes de tratamiento de 12 meses o menos se hará en 1 pago al momento de la colocación de la banda o inserción. Este pago se reducirá por otros beneficios de ortodoncia emitidos que se apliquen al máximo de ortodoncia del plan.</p> <p>e) Para el tratamiento de ortodoncia integral en curso que haya comenzado antes de iniciarse la elegibilidad en el plan, Delta Dental reducirá los pagos periódicos mediante pólizas de procesamiento aplicables.</p>

## LIMITACIONES/EXCLUSIONES

### (Lo que no está cubierto)

#### LIMITACIONES GENERALES - TODOS LOS SERVICIOS

- a) Beneficios alternativos: en general, se puede usar más de un servicio o suministro para el tratamiento. Al decidir el monto permitido en un reclamo, el Plan considerará otros materiales y métodos de tratamiento. El pago se limitará al Monto cubierto para el Servicio cubierto más económico que cumpla con los estándares de atención odontológica determinados por Delta Dental. La persona cubierta y su Proveedor pueden decidir un tratamiento más costoso. Delta Dental hará un pago contra el costo del procedimiento seleccionado en el nivel de Coseguro, según lo que se muestra en el Programa de beneficios. El pago estará limitado al Monto cubierto para el tratamiento más económico. **Solo los servicios cubiertos recibirán beneficios alternativos.**
- b) Los servicios temporales estarán cubiertos como parte del servicio final. El beneficio permitido para ese servicio y el servicio final se limitarán al beneficio permitido para el servicio final.
- c) El Plan pagará por los Procedimientos realizados al mismo tiempo y como parte de un procedimiento primario por el monto permitido para el procedimiento primario.
- d) Los servicios están cubiertos cuando los brinda una persona con permiso legal para brindar esos Servicios y si se consideran Necesarios y Apropiados. Los beneficios se basarán en los términos de este plan y de las Políticas de procesamiento de Delta Dental si no se pagan montos.
- e) Los procedimientos operativos anteriores y posteriores se consideran parte de cualquier Servicio cubierto asociado. El beneficio estará limitado al Monto cubierto para el Servicio cubierto.
- f) La anestesia local está considerada como parte de cualquier Servicio cubierto asociado. El beneficio estará limitado al Monto cubierto para el Servicio cubierto.
- g) El Monto cubierto para un Servicio cubierto que se inició, pero que no se terminó estará limitado al monto determinado por Delta Dental.
- h) La asignación para el cirujano asistente cuando Delta Dental determina que es un servicio cubierto no deberá exceder el 20% del honorario del cirujano por el mismo Servicio cubierto.
- i) Los Servicios relacionados con otra categoría de Servicios cubiertos se pagarán en el mismo porcentaje que la categoría relacionada de Servicios cubiertos.

#### EXCLUSIONES

- a) Servicios por lesiones o afecciones cubiertas en virtud de las leyes de Indemnización para el trabajador o de Responsabilidad del empleador. Servicios provistos según la agencia estatal o federal. Servicios provistos sin costo por cualquier subdivisión política, condado o ciudad. Servicios por los cuales la persona no tendría que pagar si no tuviera seguro, excepto si tal exclusión estuviera prohibida por ley.

- b) Todo servicio iniciado cuando la persona no tenía cobertura en virtud del presente Contrato. Esto incluye Servicios iniciados durante el Período de espera aplicable.
- c) Servicios para el tratamiento por defectos congénitos o de desarrollo, **excepto** los servicios dentro de la boca para el tratamiento de una afección relacionada con el paladar hendido y/o labio leporino.
- d) Todo tratamiento proporcionado principalmente para fines cosméticos. Las carillas dentales y los revestimientos o carillas en coronas o puentes para los dientes después del primer molar siempre se considerarán cosméticos. Delta Dental limitará su asignación a un Servicio cubierto sin revestimientos ni carillas y el paciente debe pagar el resto del honorario aprobado del Proveedor.
- e) Servicios para el tratamiento de la estructura de un diente, pérdida por desgaste, erosión, atrición, abrasión o abfracción.
- f) Servicios por mala alineación, oclusión o contorno.
- g) Servicios relacionados con la estabilización periodontal de los dientes (férula).
- h) Aparatos de rutina, protector nocturno, protectores bucales atléticos y servicios de la función del maxilar, registro o análisis de la mordida o cualquier servicio relacionado.
- i) Servicios de control del paciente (**excepto** los servicios de anestesia cubiertos).
- j) Gastos por medicamentos con receta médica.
- k) Cualquier tratamiento experimental o de investigación.
- l) Servicios que, de otro modo, podrían haber tenido cobertura, pero que debido a la condición subyacente del paciente no probarían ser exitosos para mejorar la salud bucal de dicho paciente.
- m) Tratamientos realizados anticipando una necesidad futura (**excepto** por los servicios preventivos cubiertos).
- n) Costos del hospital u otros cargos por el uso de las instalaciones.
- o) Todo servicio de anestesia no incluido en los Servicios cubiertos.
- p) Injertos realizados en la boca donde no haya dientes.
- q) Injertos de tejidos externos de la boca hacia adentro de la boca.
- r) Terapia para el habla o la función de la lengua o rostro.
- s) Servicios de ortodoncia, a menos que aparezcan cubiertos en el Programa de beneficios.
- t) Tratamiento de problemas de la articulación temporomandibular (TMJ), incluido dolor facial, o afecciones relacionadas. Todo Servicio de tratamiento, preventivo o diagnóstico relacionado.
- u) Servicios no suministrados según la ley del estado de Colorado. Servicios de otra persona que no sea una persona con licencia para suministrarlos. Servicios para el tratamiento de las afecciones que no sean enfermedades orales o dentales, anormalidades o afecciones.
- v) Servicios de enseñanza.
- w) Completar formularios. Brindar información de diagnóstico. Copiar otros registros.
- x) Reemplazo de elementos perdidos, robados o dañados.
- y) Reparación de elementos alterados por otra persona que no sea un Proveedor.
- z) Cualquier servicio no incluido en los Servicios Cubiertos.

- aa) Servicios por los cuales no se hubieran producido gastos si no fuera por esta cobertura, excepto por los Servicios proporcionados por Medicaid.
- bb) Gastos por no acudir a citas.
- cc) Programas de control preventivo, incluidos los artículos para el cuidado en el hogar.
- dd) Programas de control de la placa.
- ee) Autolesión.
- ee) Férula provisoria.
- gg) Injertos óseos cuando se realicen en el mismo lugar de extracción de un diente, apicoectomía o hemisección.
- hh) Servicios suministrados para el tratamiento de dientes retenidos en relación con una sobredentadura.
- ii) Todo servicio de prostodoncia suministrado dentro de los 5 años calendario de los servicios del Reconstituyente especial que impliquen a los mismos dientes.
- jj) Todo servicio de reconstituyente especial suministrado dentro de los 5 años calendario de los servicios de Prostodoncia fija que impliquen a los mismos dientes.
- kk) Aparatos de prostodoncia extraíbles y fijos (puentes y parciales) no son beneficios del mismo arco excepto cuando la dentadura postiza fija (puente) reemplaza a los dientes frontales. La asignación se limita a la de las dentaduras postizas parciales extraíbles.

#### RESPONSABILIDAD DE PAGOS DE LOS MIEMBROS

Usted deberá pagar deducibles, montos superiores al máximo anual, montos hasta el máximo de gasto de bolsillo y su coseguro. Deberá pagar los cargos de Servicios no cubiertos en virtud de este plan. Tal vez deba pagar parte de la prima.

#### PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS (Cómo presentar un reclamo)

Si tiene cobertura de más de un plan dental, deberá presentar todos los reclamos ante cada plan.

Delta Dental no pagará reclamos presentados más de 12 meses después de la fecha en que se suministró el servicio.

#### ESTIMACIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO

Antes de comenzar un tratamiento que pueda costar \$400 o más, podrá solicitar un estimativo de lo que está cubierto. No se exige la estimación previa al tratamiento.

#### DERECHO DE EXAMEN

Delta Dental tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona por quien se presentó un reclamo, en el momento y con la frecuencia razonable necesaria durante el tiempo que esté pendiente el reclamo en virtud de la póliza.

#### DISPOSICIONES DE LA PÓLIZA GENERAL

##### ACEPTACIÓN DE LA LEY ESTATAL

Cualquier requisito en este Contrato que en su fecha de entrada en vigencia contradiga la ley del estado donde viva una Persona cubierta queda por el presente modificado por el mínimo requisito de dichas leyes.

##### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Podrá asignar beneficios de esta póliza a su proveedor dental. Podrá revocar esta cesión en cualquier momento mediante el envío de una revocación escrita para Delta Dental.

##### NO DISCRIMINACIÓN

En relación con la participación en sus redes, Delta Dental no discriminará a ningún proveedor que actúe dentro del alcance de su licencia.

#### COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

##### AVISO IMPORTANTE

**Este es un resumen solo de algunas disposiciones de su plan de salud para ayudarlo a entender la coordinación de los beneficios. La presente no es una descripción completa de todas las normas y procedimientos de coordinación y no modifica ni reemplaza el texto contenido en su contrato de seguro, que determina sus beneficios. Para ver el listado completo de las disposiciones de coordinación de los beneficios de su póliza, por favor, contacte a su administrador del plan grupal o a la División estatal del seguro.**

##### Cobertura Doble

Los familiares pueden tener cobertura de más de un plan de atención médica. Esto sucede, por ejemplo, cuando un matrimonio trabaja y elige tener cobertura familiar a través de ambos empleadores.

Cuando usted está cubierto por más de un plan de salud grupal, la ley estatal permite que sus aseguradoras sigan un procedimiento llamado «coordinación de los beneficios» que determina cuánto paga cada uno cuando se presenta un reclamo. El objetivo es asegurarse de que los pagos combinados de todos los planes no den como resultado una suma superior a sus gastos de atención médica.

La coordinación de Beneficios (COB o *Coordination of benefits*) cubre una amplia variedad de circunstancias. Esta es solo la descripción general de algunas de las más comunes. Si no aparece descrita su situación, contacte a su administrador del plan grupal o a su departamento de seguro estatal para tener una revisión completa de los requisitos de coordinación de los beneficios.

¿Primario o secundario?

Se le pedirá que identifique todos los planes que cubren a sus familiares. Necesitaremos esta información para determinar si son «primarios» o «secundarios». El plan primario siempre paga primero.

Cualquier plan que no contenga las normas de coordinación de los beneficios de su estado será siempre el primario.

Cuando este plan sea el primario  
Si usted o un familiar tienen cobertura en virtud de otro plan además de este, Delta Dental será primario cuando:

Sus propios gastos

▪ El reclamo es por sus propios gastos de atención médica a menos que tenga la cobertura de Medicare y usted y su cónyuge sean jubilados.

Los gastos de su cónyuge

▪ El reclamo es por su cónyuge, cubierto por Medicare, y no están ambos jubilados.

Los gastos de su hijo

▪ El reclamo es por los gastos de atención médica de su hijo que tiene cobertura de este plan y

▪ Usted está casado y su cumpleaños es antes en el año que el de su cónyuge o usted vive con otra persona, independientemente de si estuvo antes o no casado con esa persona y su cumpleaños es antes que el de la otra persona. Esto se conoce como la «regla del cumpleaños»;

o

▪ Está separado o divorciado y nos informó sobre un decreto judicial que lo hace responsable de pagar los gastos de la atención médica de su hijo;

o

▪ No hay ningún decreto judicial, pero tiene la custodia primaria de su hijo.

Otras situaciones

Seremos primarios cuando las otras disposiciones de la ley federal o estatal así lo exijan.

Cómo pagamos los reclamos cuando somos primarios

Cuando seamos el plan primario, pagaremos los beneficios establecidos por su contrato, como si usted no tuviera otra cobertura.

Cómo pagamos los reclamos cuando somos secundarios

Seremos secundarios siempre que las normas no nos exijan ser primarios.

Cuando seamos el plan secundario, no pagaremos hasta después de que el plan primario pague sus beneficios. Luego, pagaremos todo o parte

de los gastos permitidos que quedaron impagos. Un «gasto permitido» es un servicio o gasto de atención médica cubierto por uno de los planes, incluidos los copagos y deducibles.

▪ Si hay diferencia entre el monto que permite el plan, basaremos nuestro pago en el monto más alto. No obstante, si el plan primario tiene contrato con el Proveedor, nuestros pagos combinados no serán superiores a las disposiciones del contrato para la Organización del mantenimiento de la salud (HMO) y las Organizaciones de proveedores preferidos (PPO) en general tienen contratos con sus Proveedores.

▪ Determinaremos nuestro pago al restar el monto que pagó el plan primario del monto que hubiéramos pagado si hubiéramos sido primarios. Usaremos los ahorros para pagar el saldo de los gastos permitidos impagos y cubiertos por cualquier plan.

▪ Si el plan primario cubre tipos similares de atención médica, pero permite gastos que no cubrimos, podemos pagar esos gastos. No pagaremos un monto que el plan primario no cubra porque usted no siguió sus normas y procedimientos. Por ejemplo, si su plan redujo su beneficio porque usted no obtuvo la certificación previa, no pagaremos el monto de la reducción, porque no es un gasto permitido.

¿Tiene alguna pregunta sobre la Coordinación de los beneficios?

**Colorado Division of Insurance**

**1560 Broadway, Ste 850**

**Denver CO 80202**

**Nº. de teléfono: 303-894-7490, o 1-800-930-3745**

#### **SUBROGACIÓN**

Delta Dental puede hacer el seguimiento, en nombre del Grupo, por sí mismo o con un Miembro, de reclamos contra terceros. Si Delta Dental, en nombre del Grupo, paga un reclamo por lesiones sufridas por un Miembro y el Miembro llega a un acuerdo con un tercero por un monto que incluya tales costos, el Miembro está obligado a reintegrarle a Delta Dental un monto igual al pago de beneficio realizado o en representación del Miembro. Delta Dental le reembolsará al Grupo los pagos por los beneficios realizados en nombre del Miembro.

#### **HIPAA**

De acuerdo con la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), su empleador acordó:

- a) No usar ni divulgar información de salud excepto si así lo permite o exige la ley.
- b) Asegurarse de que cualquier agente que reciba la información de salud protegida (PHI o *Protected Health Information*) estará de acuerdo en aplicar la misma restricción que se aplica a su empleador.
- c) No usar ni revelar la información de salud protegida (PHI) para tomar decisiones o realizar acciones relacionadas con el empleo.

- d) Informar al Plan sobre cualquier uso indebido o la divulgación de PHI del que tomen conocimiento.
- e) Poner a disposición la PHI para su propio uso y brindarle el derecho de enmendar o corregir su propia PHI mediante el pedido de una solicitud.
- f) Suministrarle un recuento de sus divulgaciones a los individuos y poner a disposición de la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud (HHS) sus prácticas relacionadas con el uso y la divulgación de la PHI.
- g) Asegurarse de que existe separación entre el Plan y el Patrocinador del plan según lo exige la HIPAA. Asegurarse de que haya controles de seguridad razonables.
- h) Si fuera posible, devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan cuando no se necesite más.
- i) Implementar protecciones para la PHI electrónica que se administren en nombre del plan de salud grupal.
- j) Asegurarse de que cualquier agente al que se le suministre la PHI electrónica acuerde implementar medidas de seguridad para proteger la información.
- k) Informar al plan de salud grupal sobre cualquier incidente de seguridad del que tome conocimiento.

#### **AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Esta notificación describe cómo se podrá usar y revelar su información médica y cómo puede acceder a esa información.**

Delta Dental debe, por ley, mantener la privacidad de su información de salud y brindarle este aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad en relación con su información de salud. Nos comprometemos a proteger su información médica. Este aviso tiene vigencia a partir de la fecha en que entró en vigencia su cobertura grupal.

**Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica** En casi todos los casos, podemos usar y revelar información médica protegida para el tratamiento, pago y las transacciones de la atención médica. Por ejemplo, podemos usar y revelar información médica protegida para:

1. Comunicarnos con el proveedor que le proporciona, coordina o dirige su atención;
2. Determinar cuánto y a quién debemos pagarle por los servicios cubiertos;
3. Evaluar la calidad de la atención que suministran nuestros proveedores participantes.

Otras categorías que describen cómo podemos usar y divulgar su información de salud aparecen a continuación, junto con algunos ejemplos de estos usos y divulgaciones.

**Para usted y con su autorización escrita:** le podemos revelar a usted su información de salud de la manera y para los propósitos descritos en la sección "Sus derechos" de esta notificación. Puede revocar sus autorizaciones por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso ni revelación permitida mediante su autorización anterior, mientras se encontraba en vigencia. Sin su autorización por escrito, no podemos usar ni

revelarle su información de salud protegida a ninguna persona o por ninguna razón que no esté autorizada por ley.

Es necesaria la autorización para los usos y divulgaciones de información de salud protegida para los fines de marketing y divulgaciones que constituyan una venta de la información de salud protegida. Todo uso y divulgación no descrito específicamente en este aviso se hará solo con autorización de la persona.

**Para su familia y amigos:** podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona si usted nos brinda la autorización por escrito.

**Divulgación a los patrocinadores del plan:** por ejemplo, para ayudar al patrocinador de su plan de salud grupal para administrar sus beneficios.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud:** podemos usar o divulgar la información de salud sobre usted para comunicarnos con usted sobre los beneficios y servicios relacionados con la salud.

**Investigación:** podemos usar o divulgar la información de salud sobre usted para los fines de investigación. Si lo hacemos, Delta Dental puede estar obligado a obtener su autorización para tal uso o divulgación.

**Seguridad y salud pública:** por ejemplo, para evitar o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o el público general.

**Exigido por la ley:** por ejemplo, según lo exige la norma o ley federal o estatal, las leyes de indemnización del trabajador o leyes similares y las autoridades regulatorias de la salud y seguro estatal. **Demandas y conflictos:** por ejemplo, en el curso de cualquier proceso judicial o administrativo.

**Cumplimiento de la ley:** por ejemplo, para identificar o ubicar a un sospechoso o cumplir con una orden judicial, ordenada por un tribunal, o citación emitida por un funcionario judicial. **Seguridad nacional y militar:** por ejemplo, actividades militares, de inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional.

#### **Sus derechos sobre su información médica**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

- ✓ **Su derecho a examinar y copiar su información de salud:** para inspeccionar y copiar la información, debe enviar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, podremos cobrarle un cargo razonable para cubrir los gastos asociados con su solicitud.
- ✓ **Su derecho a modificar la información de salud protegida:** podrá solicitar que Delta Dental cambie su información de salud aunque no estamos obligados a hacerlo. Si se rechaza su solicitud, le brindaremos información sobre nuestro rechazo y cómo puede mostrar su disconformidad con el rechazo. Para solicitar una modificación, deberá hacer su pedido por escrito. También debe brindar un motivo para su solicitud.

- ✓ **Su derecho a que Delta Dental le realice una rendición de cuentas sobre las divulgaciones:** Usted podrá solicitar una rendición de cuentas sobre las divulgaciones hechas para los fines que no sean de tratamiento, pago, operaciones de atención médica o divulgaciones recibidas por usted. Debe enviar su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar un plazo de hasta seis años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Delta Dental suministrará la primera rendición de cuentas para un período de 12 meses sin cargo; podremos cobrarle informes adicionales.
- ✓ **Su derecho a solicitar restricciones sobre el uso y la divulgación:** aunque tiene este derecho, Delta Dental no está obligado a aceptar las restricciones que usted solicite. Si desea solicitar restricciones, debe enviar dicha solicitud por escrito.
- ✓ **Su derecho a solicitar comunicaciones confidenciales a través de medios alternativos razonables o en una ubicación alternativa:** para solicitar comunicaciones confidenciales, deberá hacer su pedido por escrito. No estamos obligados a acceder a su pedido, a menos que tal divulgación pueda ponerlo en peligro.
- ✓ **Su derecho a una copia impresa de este Aviso:** podrá obtener copias impresas adicionales de este Aviso si nos envía el pedido por escrito. También podrá obtener copia de este Aviso en nuestro sitio web [www.deltadentalco.com](http://www.deltadentalco.com).
- ✓ **Su derecho a excluirse de las comunicaciones para recaudar fondos:** Delta Dental no pretende contactarlo para recaudar fondos, pero, si realiza un proyecto de recaudación de fondos, usted tiene derecho a excluirse de las comunicaciones sobre la recaudación de fondos.
- ✓ **Su derecho a recibir el aviso de filtraciones:** Usted tiene derecho a recibir la notificación de las filtraciones en la información protegida de salud no asegurada. Delta Dental le brindará la fecha y descripción de la información divulgada. Si podemos, se le notificará a quién se le entregó la información. Se le notificará por correo dentro de los 60 días de la fecha en que descubramos la filtración.
- ✓ **Su derecho a obtener información adicional o presentar quejas:** envíenos una solicitud escrita si quiere una explicación más detallada de estos derechos. Las quejas sobre el modo en que manejamos su información de salud se enviarán por escrito. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de salud y servicios humanos. Delta Dental no tomará represalias en su contra de ninguna manera si usted decide presentar quejas ante nosotros o el departamento.

**Ley de no discriminación de información genética:** Delta Dental tiene prohibido utilizar o divulgar información genética para los fines de suscripción.

#### **Cambios a este Aviso**

Delta Dental puede modificar este Aviso en cualquier momento en el futuro y hacer que las nuevas disposiciones del Aviso estén vigentes para toda la información de salud que tengamos. De inmediato revisaremos nuestro Aviso y lo distribuiremos cuando hagamos cambios significativos. Por ley, Delta Dental debe cumplir con la versión actualizada de este Aviso.

**Envíe solicitudes escritas sobre este Aviso de privacidad a:**

**Privacy Officer (Funcionario de privacidad)**

**PO Box 5468**

**Denver CO 80217-5468**

**O puede llamar al 1-800-233-0860**

#### **LÍMITE DE TIEMPO EN CIERTAS DEFENSAS**

- (a) Después de dos años desde la fecha de emisión de esta póliza, la validez de esta póliza no se podrá impugnar, excepto por falta de pago de primas, y no se usarán declaraciones erróneas del solicitante para adquirir la póliza para anular la póliza o denegar un reclamo por pérdida sufrida después del vencimiento de tal período de dos años. No obstante, si tal declaración se hizo por escrito y fue firmada por la persona que hace la declaración y se le presenta una copia de ese escrito al creador de la declaración, Delta Dental puede usar la declaración para anular la póliza o reducir los beneficios.
- (b) Ningún reclamo por pérdida sufrida después de un año a partir de la fecha de emisión de esta póliza, se reducirá o negará aduciendo que existía una enfermedad o condición física no excluida de la cobertura por nombre o descripción específica en vigencia al día de la pérdida, con anterioridad a la fecha de cobertura de esta póliza.
- (c) Si esta es una póliza de seguro de ingresos de discapacidad individual, ningún reclamo por pérdida sufrida después de dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza, se reducirá o negará aduciendo que existía una enfermedad o condición física no excluida de la cobertura por nombre o descripción específica en vigencia al día de la pérdida, con anterioridad a la fecha de cobertura de esta póliza.

#### **ACCIONES LEGALES**

No se emprenderá ninguna acción de hecho o de derecho para cobrar con respecto a esta póliza antes del transcurso de sesenta días después de que se haya presentado la prueba escrita de pérdida según los requisitos de esta póliza. No se iniciará tal acción después de los tres años posteriores al momento en que se deba presentar la prueba escrita de pérdida.

## FINALIZACIÓN/CONTINUACIÓN

El plan del suscriptor finalizará en el momento que se produzca la primera de estas situaciones:

- ✓ La fecha en que el suscriptor no es elegible para la cobertura en virtud de los términos de esta póliza.
- ✓ La fecha en que finalizan los beneficios descritos en esta Póliza.
- ✓ Cuando no se pagó la prima requerida (sujeto al período de gracia aplicable).
- ✓ Cuando cometa fraude o declaraciones falsas intencionales de hechos materiales.
- ✓ La fecha en que el suscriptor ingrese al servicio militar por tiempo completo de cualquier país.
- ✓ Fallecimiento del suscriptor.

Para remover a un dependiente del plan, el suscriptor debe notificarnos la finalización. La Fecha de entrada en vigencia del cambio será el final del mes en que se recibió el cambio. Nos reservamos el derecho de recuperar los pagos de beneficios realizados por fechas de servicios posteriores a la fecha de finalización.

Los beneficios para un Dependiente finalizan el último día del mes para los siguientes eventos que cambien su vida:

- ✓ La fecha en que finalizan los beneficios descritos en esta póliza.
- ✓ La fecha en que el Dependiente no es elegible para la cobertura en virtud de los términos de esta póliza.
- ✓ Cuando el hijo dependiente deja de calificar como Dependiente por definición.
- ✓ Cuando se finaliza la custodia legal de un niño adoptado.
- ✓ Cuando no se pagó la prima requerida.
- ✓ Fallecimiento del suscriptor.

## COBERTURA EXTENDIDA (Pago de beneficios después de la Finalización)

Los beneficios de Delta Dental finalizarán si esta Póliza finaliza o se cancela la cobertura de una persona. Delta Dental no cubrirá más servicios excepto los descritos a continuación.

Si un Servicio Cubierto comenzó antes de finalizar la cobertura, pero se finaliza el Servicio cubierto después de que finaliza la cobertura, Delta Dental pagará Beneficios por el Servicio cubierto de la siguiente manera:

- ✓ Los beneficios sólo se pagarán por el monto que debería haberse pagado y sujeto a los mismos términos que se habrían aplicado, si la cobertura de la persona estuviera aún en vigencia.
- ✓ Los beneficios sólo se pagarán si el servicio cubierto se completa dentro de los 60 días posteriores al día en que finalizó la cobertura.

No se pagarán beneficios si el Servicio cubierto comenzó después de finalizada la cobertura.

## COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985)

Las personas cubiertas pueden continuar la cobertura de acuerdo con COBRA. Los beneficios serán los mismos que reciben los Suscriptores activos. La persona cubierta debe pagar toda la Prima, que no puede superar el 102% del costo para un Suscriptor activo con el mismo Plan. Debe contactar a su empleador para determinar si puede continuar la cobertura a través de COBRA.

### Continuidad de la cobertura de salud exigida por el Estado de Colorado

Si usted no es elegible para COBRA, puede ser elegible para seguir con la cobertura durante hasta 18 meses en virtud de la Continuidad Estatal. Comuníquese con su empleador para saber si es elegible para seguir con la cobertura a través de la continuidad estatal.

## APELACIONES Y QUEJAS

Proceso de Apelación interna - Apelaciones de primer nivel

Un suscriptor puede apelar una decisión adversa de reclamo, dentro de los 180 días desde la fecha de la Explicación original de Beneficios, por escrito a:

**Delta Dental of Colorado**  
**Appeal Analyst (Analista de Apelaciones)**  
**P.O. Box 172528**  
**Denver, CO 80217-2528**

Un suscriptor puede presentar información adicional en apoyo de la apelación.

Un Proveedor imparcial de la misma especialidad o similar al que administraría el caso bajo revisión se encarga de revisar las apelaciones. El proveedor revisor no participará en la decisión inicial.

Se enviará la decisión al Suscriptor con la justificación de la decisión. La decisión se tomará dentro de los 15 días calendario para los rechazos previos al servicio. Las decisiones posteriores al servicio se tomarán dentro de los 30 días calendario.

Proceso de apelación interna - Apelaciones expeditivas

Los suscriptores pueden solicitar una apelación expeditiva cuando el momento

para una revisión estándar ponga en serio riesgo la vida o salud del suscriptor o la capacidad de este de recuperar la función máxima, o en el caso de personas con discapacidad, si crea una limitación considerable e inminente en su capacidad existente de vivir de manera independiente.

Las decisiones de revisión expeditiva se emitirán dentro de las 72 horas.



## INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA Y CAMBIOS EN LAS TARIFAS

No será válido ningún cambio en su póliza hasta que no esté aprobado por un funcionario ejecutivo de Delta Dental de Colorado y a menos que tal aprobación esté endosada en la póliza. Ningún agente tiene autoridad para modificar esta póliza o renunciar a sus disposiciones excepto si está aprobado por un funcionario de la aseguradora y comprobado mediante endoso en la póliza o anexo o modificación de la póliza firmados por la aseguradora. Tal modificación que reduce o elimina la cobertura se solicitará por escrito o estará firmada por su CEBT.

Si hubiera cambios en la información suministrada en este documento, le enviaremos a usted los materiales actualizados.

## DEFINICIONES

**BENEFICIO ALTERNATIVO** significa el beneficio permitido para el servicio o suministro aceptado, comúnmente menos costoso, que puede usarse para tratar un problema dental para el cual hay otras opciones de tratamiento más costosas que selecciona la persona cubierta.

**BENEFICIOS** significa aquellos Servicios y suministros cubiertos de conformidad con los términos de este plan. Los beneficios por todos los servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones y exclusiones indicadas en este folleto de beneficios.

**COSEGURO** significa el porcentaje de un Monto cubierto que paga Delta Dental. El coseguro para cada tipo de servicio cubierto se muestra en el Programa de beneficios. El coseguro aplicable variará dependiendo del tipo de servicio dental.

**FINALIZADO** significa:

- ✓ Para tratamiento del canal radicular: la fecha en que se rellena de manera permanente el canal.
- ✓ Para puentes fijos (dentaduras postizas fijas parciales), coronas, incrustaciones, recubrimientos y otras restauraciones preparadas en el laboratorio: en la fecha en que la restauración se cementa en el lugar, sin importar el tipo de cemento utilizado.
- ✓ Para dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas (dentaduras postizas parciales extraíbles): en la fecha en que se inserta por primera vez el aparato final en la boca.
- ✓ Para todos los otros Servicios, en la fecha que se inicia el procedimiento.

Para los fines de pago del reclamo, la fecha de finalización será considerada como la fecha en que se incurre en un reclamo.

**DEDUCIBLE** es el monto que la persona cubierta debe pagar antes de que Delta Dental haga el pago. El monto del deducible aparece en el Programa de beneficios. También aparecerá si hay un límite para el monto del deducible que debe pagar una familia.

**LESIÓN DENTAL** es una lesión en un diente natural (que no sea por masticación) de una persona cubierta, que solo sea el resultado de un acto o accidente violento, inesperado y súbito. Una lesión por masticación es una lesión que ocurre al morder o masticar comida o un objeto extraño.

## DEPENDIENTE

Significa:

- ✓ Cónyuge legal del suscriptor, incluida la pareja de unión civil.
- ✓ La pareja de unión civil debe cumplir con todos estos requisitos:
  - ❖ Deben ser mayores de 18 años.
  - ❖ Deben ser del mismo sexo o del sexo opuesto.
  - ❖ No pueden tener otra unión civil.
  - ❖ No deben estar casados con otra persona.
  - ❖ No deben ser parientes.
  - ❖ Deben tener una unión civil sobre la base de las pautas del Artículo 15 del Título 14, CRS reconocido en virtud de la ley de Colorado.
- ✓ Un hijo menor de la edad límite del dependiente que aparece en el Programa de beneficios.
- ✓ Un hijo soltero que alcanza el límite de edad del dependiente que se establece en el Programa de beneficios y que es incapaz de mantenerse debido a una discapacidad mental o física que se inició antes de alcanzar la edad límite para los dependientes, y que está a cargo del Suscriptor. Delta Dental puede exigir una vez al año una prueba de la discapacidad y la dependencia. Si no se presenta tal prueba, finalizará la cobertura.

Los hijos elegibles incluyen a los hijos naturales del Empleado elegible y a sus hijastros, hijos bajo tutela judicial, adoptados, en crianza temporal y los hijos de una pareja de unión civil o pareja de hecho.

Nadie puede estar cubierto como Dependiente y también como Suscriptor en virtud de este Plan. Si ambos padres están cubiertos como Suscriptores, los niños sólo pueden estar cubiertos como Dependientes de uno de los padres.

Las personas que están en servicio militar activo no se consideran como Dependientes elegibles.

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA** es la fecha de inicio de la cobertura

**TRATAMIENTO DE EMERGENCIA o SERVICIO DE EMERGENCIA** significa todo Servicio requerido suministrado como resultado directo de un suceso imprevisto que requiera acción inmediata y urgente.

**EMPLEADO** Una persona elegible para la cobertura porque su empleador es miembro de CEBT, y la persona cumplió con los requisitos de elegibilidad y el período de elegibilidad según lo determinado por el empleador; el Empleado puede incluir a funcionarios electos o designados del empleador que cumplan con los requisitos de elegibilidad del empleador y el período de elegibilidad.

**PROCEDIMIENTOS EXPERIMENTALES O DE INVESTIGACIÓN** significa aquellos servicios o suministros que no están generalmente aceptados como seguros y efectivos en la comunidad dental, tal como lo define Delta Dental.

**ASIGNACIÓN MÁXIMA DEL PLAN** significa el monto máximo permitido para un procedimiento, según lo determine Delta Dental.

**MIEMBRO** significa cualquier persona elegible que se inscriba para la cobertura, de acuerdo con este plan.

**NECESARIO** significa un servicio que es exigido y adecuado para el tratamiento de la afección dental de la persona cubierta de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de atención dental, según lo determinado por Delta Dental.

**MÁXIMO DE DESEMBOLSO DE BOLSILLO** significa el monto máximo que tendrá que pagar por los gastos cubiertos y permitidos en virtud de este plan.

**PÓLIZA** significa el acuerdo entre Delta Dental y el solicitante. Esta póliza es el acuerdo total entre las partes y no se permite ningún cambio a menos que la aseguradora lo apruebe.

**DURACIÓN DE LA PÓLIZA** significa el período entre la Fecha de entrada en vigencia de la Póliza y el momento de su finalización.

**AÑO DE LA PÓLIZA** son los 365 días desde la Fecha de entrada en vigencia de esta Póliza y cada año después de eso a menos que finalice la Póliza. El Año de la póliza es de 366 días en un año bisiesto.

**PROVEEDOR** significa una persona con licencia para ejercer la odontología.

**INICIADO** significa:

- ✓ Para dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas (dentaduras postizas parciales extraíbles): La fecha en que se toma la impresión final.
- ✓ Para puentes fijos (dentaduras postizas fijas parciales), coronas, incrustaciones, recubrimientos y otras restauraciones preparadas en el laboratorio: la fecha en que se preparan los dientes por primera vez (es decir, se perforan) para recibir la restauración.
- ✓ Para el tratamiento del canal radicular: la fecha en que se abrió por primera vez la cámara pulpar.
- ✓ Para la cirugía periodontal: La fecha en que se realiza la cirugía.
- ✓ Para Todos los Otros Servicios: la fecha en que se brindó el Servicio.

**SUSCRIPTOR** se refiere a la persona en cuyo nombre se establece la membresía en virtud de la póliza. La persona que elige la continuidad de la cobertura y para quien se paga la Prima mensual.

**Visite el sitio Web de Delta Dental en:**

**[www.deltadentalco.com](http://www.deltadentalco.com)**

Allí puede buscar un Proveedor, descargar un formulario de quejas o acceder a cualquier otra información de su cuenta personal.

**Delta Dental de Colorado**

4582 South Ulster Street, Suite 800

Denver CO 80237

**Servicios al cliente:**

1-800-610-0201