



# Cobertura Dental para Individuos Plan D - Anaranjado



# **RESUMEN DE BENEFICIOS – COBERTURA PLAN D**

**Delta Dental of Arizona, Inc.**

## **Póliza de Cobertura Dental para Individuos**

Fecha de vigencia del resumen: 10/15/2008

**Grupo:** 8002

**Nombre del grupo:** Cobertura Individual Plan D - Anaranjado

**Fecha de vigencia:** Primer día del mes siguiente a la aprobación de su solicitud completada.

**Año de contrato:** Periodo de doce meses a partir de su Fecha de Vigencia.

Este es el periodo de doce (12) meses durante el cual se aplican los beneficios del Contrato

**Año de Beneficio:** Periodo de doce meses a partir de su Fecha de Vigencia.

Año de Beneficio se refiere al periodo anual especificado en el Contrato Dental Individual para el cálculo de beneficios, copago y deducibles en virtud de Este Contrato.

**Límites d edad:** Menor: 19                      Estudiante: 23

**Deducible:** \$100.00 por persona

**Beneficio Máximo por Año de Beneficio:** \$1,000.00

**CONSULTE LA DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE LA PÓLIZA DE COBERTURA DENTAL PARA UNA DESCRIPCIÓN MÁS DETALLADA, INCLUIDAS LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES. LOS BENEFICIOS ESTÁN SUJETOS A TODAS LAS DISPOSICIONES, TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE COBERTURA DENTAL.**

**Se recomienda la predeterminación para los servicios de más de \$250.**

### **Tipo 1 Preventivos**

**70%**

**\*\*Se aplica deducible a estos servicios**

**\*\*No hay periodo de espera**

#### Diagnóstico

- Exámenes, evaluaciones o consultas (dos veces en un Año de Beneficio)

#### Preventivos

- Aplicación de flúor en los dientes (niños hasta la edad de dieciséis (16) - una vez por año de beneficio)
- Limpiezas de rutina (se limitan a dos veces por año de beneficio) o se podrá intercambiar una (1) limpieza difícil por una (1) limpieza de rutina, pero la limpieza difícil se limita a no más de una vez en un periodo de cinco (5) años.
- Mantenedores de espacio (para cuando faltan dientes posteriores primarios (de leche)) hasta la edad de catorce (14)
- Selladores para niños (una vez en un periodo de tres (3) años para muelas permanentes y bicúspides hasta la edad de quince (15))

## Tipo 2 Básicos

**50%**

**\*\*Se aplica deducible a estos servicios**

### Restauración

- Radiografías: Boca Completa/Panorex, o aletas verticales (una vez en un periodo de cinco (5) años) Aletas (una vez en un Año de Beneficio)
- Empastes consistentes en amalgama de plata; y en el caso exclusivo de los dientes delanteros, empastes de pasta del color de los dientes - Una vez por superficie dental en un periodo de dos (2) años.
- Coronas de acero inoxidable (únicamente para los dientes primarios (de leche))

### Cirugía bucal

- Extracciones sencillas

### Emergencia (Tratamiento Paliativo)

- Tratamiento de emergencia para el alivio del dolor

## Tipo 3 A Mayor

**30%**

**\*\*Se aplica deducible a estos servicios**

**\*\*Se transforma en un beneficio después de 12 (doce) meses de cobertura continua del Individuo en virtud de este plan)**

### Cirugía bucal

- Extracciones quirúrgicas
- Anestesia General y Sedación/Analgesia Intravenosa – Como se indica en la sección Servicios Dentales con Cobertura de este folleto de beneficios.

### Periodontología

- Tratamiento de Gingivitis (No quirúrgico una vez cada dos (2) años/Quirúrgico una vez cada tres (3) años).

### Endodoncia

- Tratamiento Endodóntico (Dientes Permanentes); Pulpotomía (Dientes Primarios (de leche)) Una vez por diente a lo largo de toda la vida.
- Intervenciones endodónticas adicionales, como retratamiento, Limitado a una vez en un periodo de tres (3) años.

### Reparación de Coronas, Dentaduras y Puentes

- Reparación de dichos aparatos a su estado original, revestimiento de las dentaduras postizas.

## Tipo 3B Mayor

**30%**

**\*\*Se aplica deducible a estos servicios**

**\*\*Se transforma en un beneficio después de 24 (veinticuatro) meses de cobertura continua del Individuo en virtud de este plan)**

### Restauración

- Coronas - incrustaciones onlay (periodo de espera de cinco (5) años desde el último reemplazo).

### Prostodoncia

- Puentes - No cubre dentaduras ni puentes extraviados, perdidos o hurtados. Periodo de espera de cinco (5) años para el último reemplazo realizado.
- Dentaduras completas - No cubre dentaduras ni puentes extraviados, perdidos o hurtados. Periodo de espera de cinco (5) años desde el último reemplazo realizado.
- Dentaduras parciales - No cubre dentaduras ni puentes extraviados, perdidos o hurtados. Periodo de espera de cinco (5) años desde el último reemplazo realizado.

**\*\* Si en los últimos 60 días ha tenido cobertura en virtud de un plan colectivo de Delta Dental Y tuvo cobertura continua en virtud de ese plan por un mínimo de 12 meses, es posible que no se exijan periodos de espera.**

# DELTA DENTAL OF ARIZONA

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD E INFORMACIÓN

ESTE AVISO ENTRA EN VIGOR EL 14 DE ABRIL DE 2003

**Este aviso describe la manera en la que su información médica o dental puede usarse y divulgarse, y la forma en la que usted puede tener acceso a esta información. Lea el aviso detenidamente.**

Este Aviso de las prácticas de privacidad describe la manera en la que podemos hacer uso de y divulgar su información médica amparada para fines de tratamiento, pago, actividades de atención de la salud y para los fines que la ley permite o exige. También describe sus derechos de control y acceso a su información médica amparada. La “información médica amparada” es información sobre usted, que incluye información demográfica que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o padecimientos físicos o mentales pasados, presentes o futuros, así como con los servicios de atención médica correspondientes.

### **Uso y divulgación de información médica amparada**

En Delta Dental of Arizona (DDAZ), usamos su información médica y personal para confirmar la elegibilidad y los beneficios, pagar las reclamaciones de su dentista, coordinar los beneficios con otras aseguradoras, administrar el contrato dental colectivo y para control de calidad. NUNCA vendemos la información que recolectamos al procesar las transacciones que usted solicita mientras usted esté cubierto por DDAZ ni posteriormente cuando termine su cobertura.

DDAZ recopila su información (por ejemplo, documentos de su situación como estudiante de tiempo completo, su estado de discapacidad, su estado de tutela) durante el proceso de inscripción y mediante los pagos de reclamaciones. Esta recopilación, uso y divulgación de información es la manera en la que los representantes de servicios al cliente, procesadores de reclamaciones y demás personal de DDAZ administran apropiadamente los contratos dentales de grupo y se comunican con los consultorios dentales. DDAZ tiene permiso de usar o divulgar al individuo la información médica amparada, de conformidad con una autorización, y para fines de tratamiento, pago o actividades de atención médica. En esos casos podremos usar y divulgar su información médica amparada.

Usted tiene la oportunidad de expresar su acuerdo u oposición al uso o la divulgación total o parcial de dicha información. Si usted no está presente o no está en capacidad de aceptar u objetar el uso y la divulgación de la información médica amparada, entonces DDAZ puede, recurriendo al criterio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor para usted. En ese caso, sólo se dará a conocer la información médica amparada que tiene que ver con a su atención médica.

Podremos usar o divulgar información médica amparada para notificar o facilitar la notificación a un familiar suyo, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención acerca de su ubicación, estado general de salud o defunción. Finalmente, podremos usar o divulgar su información médica amparada a una entidad pública o privada autorizada, para facilitar las labores de socorro en caso de desastre y coordinar los usos y divulgaciones a la familia u otras personas que participan en su atención médica. Usted puede rechazar esta disposición enviándonos instrucciones por escrito.

DDAZ, en su calidad de agente emisor de seguros médicos, en lo relacionado con un plan de seguro colectivo, podrá divulgar información médica amparada al patrocinador del plan.

Daremos a conocer su información médica amparada a “socios comerciales” externos que realizan distintas actividades para DDAZ (por ejemplo, impresión de cheques y explicaciones de beneficios [EOB]). Cuando algún arreglo entre DDAZ y un socio comercial implique el uso o divulgación de su información de salud bajo

protección, celebraremos un contrato por escrito con el socio comercial en el que se incluyan las condiciones para la protección de la privacidad de su información médica amparada.

### **Autorizaciones**

Divulgaremos su información sin obtener su autorización cuando lo exija la ley (por ejemplo, en cumplimiento de la ley bajo circunstancias específicas), cuando lo solicite el Departamento de Seguros de Arizona (Arizona Department of Insurance) o cuando lo disponga la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services). Otros ejemplos incluyen las actividades de supervisión de la salud y la salud pública, procedimientos administrativos y judiciales, médicos forenses, sistemas de datos de salud del gobierno, información de directorio, procesos bancarios y de pago, fines de investigación, casos de emergencia, parentesco, clases especializadas (como fines militares, el Departamento de Asuntos de Veteranos, la comunidad de inteligencia, el Departamento de Estado) y otros requisitos de ley. El uso o divulgación se hará de acuerdo con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la misma. De conformidad con la ley, se le avisará de cualquier divulgación o uso.

En situaciones ajenas a la administración de rutina o como se describe anteriormente, solicitaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar cualquier información médica suya que pueda identificarlo. Si decide firmar una autorización para la divulgación de información, puede revocarla más tarde para evitar usos y divulgaciones posteriores. Esta solicitud puede hacerse en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que Delta haya usado o divulgado ya información según lo indicado en su autorización.

Puede estar seguro de que cuando se procesa o se atiende una transacción que usted solicita, se usará o divulgará únicamente la información mínima necesaria con relación a su cuenta o a la información de su expediente personal, según lo permita la ley. DDAZ aplica las leyes “más rigurosas” a su información médica. Esto significa que a usted se le concede la mayor protección, ya sea bajo la regulación federal o estatal. Contar con derechos individuales de acceso y enmienda facilita mayor protección de la privacidad del individuo sujeto de la información médica identificable.

### **Cuando recibe un aviso**

Este aviso debe darse a conocer a las personas ya cubiertas por el plan, en fecha no posterior a la fecha de cumplimiento, y en los primeros 60 días posteriores en caso de una enmienda importante al aviso. El plan de salud debe notificar la disponibilidad del aviso y la forma de obtenerlo a las personas cubiertas por el plan, con una frecuencia mínima de una vez cada tres años. El plan de salud puede proporcionar el aviso al titular de una póliza en virtud de la cual se le proporciona cobertura a dicha persona y a uno o más dependientes. Si solicitó o aceptó recibir este aviso electrónicamente, puede solicitar una copia impresa.

En cualquier momento podemos cambiar nuestras políticas. Sin embargo, antes de hacer una corrección importante a nuestras políticas, modificaremos nuestro aviso de prácticas de información y daremos a conocer el aviso corregido según lo requiere la ley. El aviso corregido corresponderá toda la información médica amparada que tengamos en nuestra posesión en ese momento. Salvo lo dispuesto por ley, no podrá implementarse un cambio importante en ningún término del aviso antes de la fecha de entrada en vigencia del aviso en el que se refleje dicho cambio. Asimismo, puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento en nuestro sitio web en [www.deltadentalaz.com](http://www.deltadentalaz.com) o llamando a la oficina para solicitar el envío de una copia corregida por correo a su domicilio. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se menciona más adelante.

## **Derechos individuales**

En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho a solicitar y recibir una copia de su información médica que usamos para tomar decisiones que se relacionan con usted. Si solicita una copia, le cobrarán \$0.10 (10 centavos) por cada página. También tiene derecho de solicitar y recibir una lista de los casos en los que hayamos divulgado su información médica. DDAZ no registra usualmente la identidad de la persona que recibe la información que hayamos divulgado para confirmar elegibilidad y beneficios, para pagar reclamaciones de su dentista, coordinar los beneficios con otras compañías, administrar el contrato colectivo dental y realizar controles de calidad. Si usted considera que la información en su expediente no es la correcta o que falta información importante, tiene el derecho de solicitarnos la corrección de la información existente o la adición de la información faltante.

Usted puede solicitar por escrito que no usemos ni divulguemos su información para confirmar elegibilidad y beneficios, pagar reclamaciones de su dentista, para coordinar los beneficios con otras compañías, administrar el contrato dental colectivo y realizar controles de calidad cuando lo exija la ley o en situaciones de emergencia. Tomaremos en cuenta su petición pero no tenemos la obligación legal de aceptarla.

Usted puede solicitar a DDAZ, por escrito, que las comunicaciones respecto a su información médica amparada le sean enviadas por medios alternativos o a otros lugares. Debe expresar claramente en sus instrucciones que la divulgación de toda o parte de la información a la que se refiere la solicitud podría ponerlo a usted en peligro. Nosotros debemos aceptar las solicitudes razonables que puedan estar condicionadas a la especificación de una dirección o método de contacto alternativo.

## **Quejas**

Si usted considera que hemos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión nuestra acerca del acceso a sus registros, puede comunicarse con la persona que se menciona más adelante. También puede enviar una queja por escrito al Arizona Department of Insurance. La persona indicada a continuación puede darle la dirección correcta si la solicita.

Asimismo, puede presentar una queja ante la Secretaría. De conformidad con la sección §160.306 del Reglamento Federal, su queja debe presentarse por escrito, ya sea en papel o electrónicamente. Debe nombrar la entidad a la que se refiere la queja y describir las acciones u omisiones que se consideran en violación de las normas, requisitos y especificaciones aplicables. Debe presentarse una queja en los primeros 180 días a partir del momento en que supo o debió enterarse de que tuvo lugar la acción u omisión motivo de la queja, a menos que la Secretaría no aplique los límites de tiempo por un motivo justificado. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Nuestro deber legal**

La ley nos exige proteger la privacidad de su información, dar a conocer este aviso acerca de nuestras prácticas de información y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso.

Si desea inspeccionar su expediente, recibir una lista de divulgaciones, corregir o añadir la información de su expediente o si tiene preguntas, quejas o desea información adicional, comuníquese con:

Customer Service – Privacy Officer  
15648 North 35<sup>th</sup> Avenue  
Phoenix, AZ 85053-3863

Teléfono: (602) 938-3131 o (800) 352-6132  
Correo electrónico: [customerservice@deltadentalaz.com](mailto:customerservice@deltadentalaz.com)

# ÍNDICE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD E INFORMACIÓN .....	4
<i>Uso y divulgación de información médica amparada</i> .....	4
<i>Autorizaciones</i> .....	5
<i>Cuando recibe un aviso</i> .....	5
<i>Derechos individuales</i> .....	6
<i>Quejas</i> .....	6
<i>Nuestro deber legal</i> .....	6
¿Quién puede tener cobertura?.....	9
Titular elegible .....	9
Dependientes elegibles .....	9
¿Cuándo comienza la cobertura?.....	9
Titular de la Póliza .....	9
Dependientes Elegibles .....	9
Información adicional sobre fecha de entrada en vigencia de la afiliación .....	10
¿Cuándo termina la cobertura?.....	11
Pérdida de elegibilidad del afiliado .....	11
Pérdida de elegibilidad de los dependientes .....	11
Rescisión de Cobertura.....	11
Cancelación del Contrato Dental Colectivo del Empleador .....	11
¿Puede continuar la cobertura después de la terminación? .....	12
Cobertura después de la terminación.....	12
¿Cómo funciona el programa?.....	12
Predeterminación de beneficios.....	12
Red de dentistas miembros.....	13
Quejas sobre servicios dentales.....	15
¿Qué está cubierto? .....	16
Definiciones de pago de beneficios.....	16
Descripción de los Servicios .....	18
Exámenes, evaluaciones o consultas .....	19
Servicios de Radiografías para Diagnóstico.....	19
Servicios protésicos.....	21
Limitaciones generales - Todos los servicios.....	22
Exclusiones.....	23
¿Qué otra cosa necesito saber acerca del pago de reclamaciones .....	24
Coordinación de beneficios .....	24
Disposiciones requeridas por ley.....	25
Proceso de apelación de reclamaciones.....	27

Esta Póliza de Cobertura Dental se debe leer junto con el Resumen de Beneficios. El Resumen de beneficios incluido en este folleto es un esbozo de los beneficios de su póliza con Delta Dental of Arizona (DDAZ). Los beneficios están sujetos a todas las disposiciones, términos y condiciones de la póliza.

Esta Póliza de Cobertura Dental en conjunto con el Paquete para Apelaciones y la solicitud de cobertura constituyen el documento completo del seguro. Esta Póliza de Cobertura Dental, que describe las disposiciones de beneficios, sustituye cualquier otra Póliza de Cobertura Dental emitida en su nombre en fecha previa.

Aunque su dentista haya prescrito, recomendado o prestado el servicio, eso no necesariamente significa que es un beneficio cubierto, aunque el servicio no se excluya expresamente en esta Póliza de Cobertura Dental. Independientemente de la necesidad médica o dental, no todos los tratamientos y servicios recomendados o prestados por su dentista son beneficios con cobertura.

# QUIÉN PUEDE TENER COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA DE COBERTURA DENTAL

## Titular elegible

La persona en cuyo nombre está la póliza.

## Dependientes elegibles

Si está inscrito con cobertura familiar, los siguientes dependientes podrían estar cubiertos bajo este programa:

- A. Su cónyuge de ley; y
- B. Sus hijos solteros menores de diecinueve (19) años de edad (o según los límites máximos de edad dispuestos en el Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental) o los hijos de su cónyuge de ley, incluso los hijos recién nacidos, los hijastros, las personas en tutela legal comprobada por fallo judicial, los niños adoptados legalmente y los niños que ha aceptado para adopción de conformidad con las leyes estatales o federales que apliquen.

**Estado de estudiante** El hijo dependiente calificará para cobertura hasta la edad de diecinueve (19) o veintitrés (23) años si es estudiante de tiempo completo en una escuela acreditada y está matriculado en una cantidad mínima de horas crédito de conformidad con la calidad de estudiante de tiempo completo de la escuela. Se verificará el estado de estudiante. En cada fecha del aniversario de la póliza se tendrá que enviar un comprobante de calidad de estudiante de tiempo completo. Este será válido hasta la siguiente actualización periódica. Si no se recibe la verificación en el momento de la afiliación inicial, se pedirá cuando se reciba la primera reclamación.

**Estado de discapacidad** Los hijos dependientes mayores de diecinueve (19) años de edad pueden continuar con estado de dependiente discapacitado siempre y cuando sean incapaces de mantener un empleo que los sustente debido a una discapacidad física o mental que haya comenzado antes de la edad de los diecinueve (19) y que dependan de usted para su manutención y sustento. Se deberá proporcionar a DDAZ comprobante de discapacidad en un plazo de treinta y un (31) días de que se le pida, pero no más de una vez al año después de que el hijo haya cumplido la edad limitante aplicable.

**Estado militar** Ningún hijo que esté en servicio militar activo califica para cobertura en virtud de esta Póliza de Cobertura Dental.

## ¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA?

### Fechas de entrada en vigencia

El titular de la póliza tiene cobertura en virtud de este programa:

- A. Al ser aprobada la documentación de afiliación y el pago de la prima. Cuando se reciba entre el día 1º y el día 10 del mes, la cobertura entrará en vigencia el día primero del mes inmediatamente siguiente. Cuando se reciba entre el día 11 y el último día del mes, la cobertura entrará en vigencia el día primero del segundo mes.
- B. Después de que se hayan cumplido los Periodos de Espera de Beneficios como se dispone en el Resumen de beneficios.

Los Dependientes Elegibles tienen cobertura en virtud de este programa:

- A. En la fecha en que entre en vigencia la cobertura del Titular de la Póliza; o
- B. En una fecha de aniversario que le permita al titular de la póliza hacer cambios en la cobertura. La cobertura entra en vigencia en la fecha del aniversario.
- C. En la fecha en que se adquiera al dependiente, o sea: en el momento de su nacimiento, adopción, colocación para acogida, colocación para adopción con el Titular de la Póliza y para quien los trámites de

solicitud y aprobación para adopción hayan sido completados, un matrimonio que resulta en que se añadan a la cobertura el cónyuge e hijos adoptivos y las Personas que por orden judicial requieran cobertura.

- D. Después de que se hayan cumplido los Periodos de Espera de Beneficios como se dispone en el Resumen de beneficios.

## **INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA AFILIACIÓN**

Si el Titular de la Póliza no inscribe a sus dependientes en el momento en que califiquen y posteriormente adquiere a un dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para acogida o colocación para adopción, se podrá inscribir al/los dependiente(s) para la cobertura en ese momento.

- A. Si el Titular de la Póliza adquiere a un dependiente debido a matrimonio, la fecha de entrada en vigencia del o los dependientes será el primero del mes siguiente al acontecimiento siempre y cuando DDAZ reciba el formulario de afiliación. El Titular de la Póliza deberá presentar el formulario de afiliación completado y aprobado por DDAZ en un término de treinta y un (31) días de la fecha del matrimonio. Si hay un cambio en la prima, se incluirá en la primera fecha de facturación después del cambio con ajuste retroactivo al mes de entrada en vigencia del cambio.
- B. Si el Titular de la Póliza adquiere a un dependiente como resultado de nacimiento, adopción, colocación para acogida o colocación para adopción, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del dependiente recién adquirido y cualquier otro dependiente o dependientes elegible(s), será la fecha de nacimiento, adopción, colocación para acogida o colocación para adopción. El Titular de la Póliza deberá completar y firmar un formulario de afiliación aprobado por DDA en un término de treinta y un (31) días. Si hay un cambio en la prima, se incluirá en la primera fecha de facturación después del cambio con ajuste retroactivo al mes de entrada en vigencia del cambio.

Se deberá enviar un formulario de afiliación aprobado para añadir a un recién nacido o cualquier hijo adoptado, aunque no se requiera ninguna prima adicional. El sistema de pago de reclamaciones de DDAZ lleva un control de deducibles, máximos e información sobre los beneficios de manera individual para cada Persona Cubierta. Para procesar las reclamaciones se requieren el nombre y otros datos pertinentes que vienen en el formulario de afiliación. Por lo tanto, aunque no se requiere completar un formulario de afiliación para los menores de tres (3) años de edad, es prudente hacerlo en cuanto sea posible. Podría demorarse y/o posiblemente negarse el pago de una reclamación si DDAZ no tiene los datos de ese dependiente en el sistema de pago de reclamaciones y si no se ha pagado la prima correspondiente de ese dependiente.

- C. Si un tribunal dispone que el Titular de la Póliza proporcione cobertura, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura para esta Persona Cubierta será la primera fecha de facturación después de que DDAZ reciba el formulario de afiliación aprobado. El Titular de la Póliza deberá presentar el formulario de afiliación completado y aprobado por DDAZ en un término de treinta y un (31) días de la fecha de emisión de la orden del tribunal. Sin embargo, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura podría ser diferente si la orden del tribunal o la ley aplicable lo dispone.

## **Fecha de aniversario**

Esta póliza corresponde a un periodo de 12 meses de la fecha de entrada en vigencia del titular de la póliza. El Titular de la Póliza podrá elegir continuar la cobertura o desafiliarse en cualquier fecha de aniversario.

## **¿CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA?**

### **PÉRDIDA DE ELEGIBILIDAD**

La cobertura para el Titular de la Póliza elegible y/o su dependiente elegible terminará el último día del mes o según lo designe el Resumen de beneficios que se incluye en esta Póliza de Cobertura Dental. Entre los ejemplos de acontecimientos que darían lugar a la pérdida de elegibilidad cabe mencionar, entre otros:

- A. La elegibilidad del Titular de la Póliza Elegible cesará:
1. Si no satisface alguno de los requisitos de elegibilidad nombrados en el Resumen de beneficios que se incluye en este Folleto;
  2. En la fecha en que el Titular de la Póliza comience servicio activo en el servicio militar;
  3. La fecha del fallecimiento del empleado elegible;
  4. La terminación de la Póliza de Cobertura Dental.
- B. La elegibilidad de los Dependientes Elegibles cesará:
1. En la fecha en que el Titular de la Póliza deje de cumplir los criterios de elegibilidad en virtud de la Póliza de Cobertura Dental;
  2. Cuando el cónyuge dependiente deja de ser un dependiente elegible como resultado de decreto de divorcio;
  3. En la fecha en que un hijo dependiente capaz de trabajar y de mantenerse a sí mismo entre diecinueve (19) años de edad y la edad limitante deja de ser un estudiante de tiempo completo;
  4. En la fecha en que un hijo dependiente menor a la edad limitante deja de participar en servicios humanitarios de tiempo completo (si se incluye como un dependiente elegible en la Póliza de Cobertura Dental);
  5. En la fecha en que un hijo dependiente se case;
  6. En la fecha en que el dependiente comience servicio activo en el servicio militar;
  7. En la fecha del fallecimiento del Titular de la Póliza;
  8. En la fecha en que termine la Póliza de Cobertura Dental.

### **Rescisión de Cobertura**

Si hay fraude o falsificación de los hechos en un formulario de afiliación para cobertura de cualquier persona no elegible para cobertura por el plan dental, la cobertura se rescindirán y se considerará nunca haber entrado en vigencia. Cualquier prima pagada por cobertura para la persona no elegible se reembolsará menos las reclamaciones pagadas por esa persona. DDAZ tiene derecho a recuperar los pagos de reclamación que superen la cantidad pagada por la prima.

### **Cancelación de la Póliza de Cobertura Dental**

DDAZ podrá cancelar la Póliza de Cobertura Dental como sigue:

- A. En un aniversario de la fecha de entrada en vigencia; o
- B. Si usted no paga las primas mensuales; o
- C. Previo aviso escrito con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación si califica para la cobertura colectiva de Delta Dental of Arizona por medio de su empleador; o
- D. Previo aviso escrito con por lo menos cuarenta y cinco (45) días de anticipación que le sea enviado por cualquier motivo como se dispone en la Póliza de Cobertura Dental.

**Pago de Reclamaciones Después de la Terminación de la póliza** DDAZ no pagará ninguna reclamación antes de la fecha de terminación que usted o su dentista haya enviado más de doce (12) meses después de la terminación de la Póliza de Cobertura Dental. DDAZ no tiene obligación de pagar beneficios por servicios dentales prestados después de la fecha de cancelación.

## **¿SE PUEDE EXTENDER LA COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN?**

### **Cobertura después de la terminación**

No se pagarán beneficios por servicios dentales prestados después de que termine su cobertura, incluidos los servicios predeterminados, salvo las intervenciones que requieren consultas múltiples con una fecha del servicio previa a la terminación de la cobertura que se hayan completado en un término de treinta (30) días de la fecha en que terminó su cobertura. Dichos beneficios estarán sujetos a todas las condiciones especificadas en la Póliza de Cobertura Dental.

## **¿CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA?**

### **Uso de sus beneficios dentales**

Acuda al dentista que usted prefiera. Si no tiene un dentista, puede obtener un directorio de dentistas participantes visitando nuestro sitio web en [www.deltadentalaz.com](http://www.deltadentalaz.com).

El contrato entre DDAZ y su dentista puede haber cambiado. Con el fin de maximizar sus beneficios dentales, cuando haga una cita, confirme que su dentista sigue bajo contrato con Delta Dental of Arizona.

### **La predeterminación o presupuesto protege al paciente contra cargos imprevistos.**

Durante su primera cita, avísele al dentista que tiene cobertura de DDAZ en virtud del número de Póliza de Cobertura Dental que se indica en el Resumen de beneficios incluido con este folleto. Dele al dentista su número de identificación de afiliado. Los dependientes deben usar el número de identificación de afiliado del Titular de la Póliza.

Después de examinarlo, el dentista establecerá el tratamiento que se llevará a cabo. Si se requieren servicios dentales en exceso de doscientos cincuenta dólares (\$250), pídale a su dentista que complete una predeterminación de beneficios y que envíe el formulario a:

**Delta Dental of Arizona, Inc.  
PO Box 43026  
Phoenix, AZ 85080-3026**

Delta Dental verificará su elegibilidad y determinará la cantidad de beneficios pagaderos por su Plan. DDAZ devolverá el vale de predeterminación al Dentista Participante con una copia para usted. Si usted acude a un Dentista No Participante, DDAZ le devolverá el vale de predeterminación SOLAMENTE a usted. En el vale se indicará el monto de la cuota permitida, la cantidad de beneficios pagaderos por DDAZ y la parte que usted tiene que pagar y deberá hablar con el dentista sobre esto antes de comenzar cualquier tratamiento extensivo.

A fin de que se le considere para cobertura en virtud de este Plan Dental, la fecha del tratamiento dental estimado en la explicación de predeterminación de beneficios deberá ocurrir antes de que termine la cobertura y deberá completarse en un plazo de treinta (30) días después de la terminación de la cobertura.

Las predeterminaciones sólo son válidas para el procedimiento y para el dentista que envió la solicitud de predeterminación y no se pueden transferir a otro dentista. Toda información sobre precios es confidencial. Para estimar sus gastos de bolsillo, pídale a su dentista que envíe una predeterminación.

### **Aviso a los Titulares de Póliza y Dependientes**

Todos los avisos y correspondencia sobre reclamaciones se enviarán al Titular de la Póliza por correo electrónico o correo del servicio postal de Estados Unidos a la última dirección indicada en los expedientes de afiliación de DDAZ. Se recomienda que el Titular de la Póliza le avise a DDAZ de cualquier cambio en su nombre y/o dirección.

Todo aviso de cambios en el plan de beneficios se le proporcionará cuarenta y cinco (45) días antes de la fecha del aniversario del titular de la póliza.

## **RED DE DENTISTAS MIEMBROS**

**Dentista:** Una persona natural autorizada para ejercer la odontología dentro de la jurisdicción en la que se proporcionó el servicio.

### **DISPOSICIONES DE LA RED:**

#### **Dentista Participante;**

En la fecha del servicio, si el dentista es un dentista participante (un dentista que ha firmado un acuerdo con una Compañía Miembro de Delta Dental):

- A. El consultorio dental completará los formularios de reclamación y los presentará a DDAZ para pago, predeterminación o coordinación de beneficios.
- B. El Afiliado tiene la obligación de pagar el coaseguro (si corresponde) y/o el deducible (si corresponde) de los beneficios con cobertura.
- C. El pago se hará de conformidad con el método de determinación de precios del estado en el que se prestaron los servicios y no superará la cantidad máxima concedida para el plan para ese estado. Los Dentistas Participantes no cobrarán precios superiores a la cuota que tiene permitida el Afiliado.

#### **Dentista No Participante;**

##### **Dentro de Estados Unidos;**

En la fecha del servicio, si el dentista es un dentista no participante (un dentista que no ha firmado un acuerdo con una Compañía Miembro de Delta Dental o cuya participación como Dentista Participante se ha terminado):

- A. El Afiliado tendrá la obligación de presentar el formulario de reclamación o el formulario de predeterminación de beneficios a DDAZ.
- B. El Afiliado será responsable ante el dentista no participante del costo completo del tratamiento y DDAZ le reembolsará al Afiliado la cantidad de beneficios pagaderos por el plan Colectivo. Los beneficios de Este Contrato no se pueden traspasar.
- C. El pago del tratamiento se basará en el menor de los cargos facturados o al Cuadro de Precios para Dentistas No Participantes del estado en el que se prestan los servicios. Usted tendrá que pagar la diferencia entre cualquier cantidad facturada por el dentista y el Cuadro de Precios para Dentistas No

Participantes de ese estado. En la mayoría de los casos, ese pago resulta en un beneficio reducido en comparación con el beneficio pagado por el mismo servicio a un Dentista Participante.

## **Dentista No Participante;**

### **Fuera de Estados Unidos;**

En la fecha del servicio, si el dentista es un dentista no participante (un dentista que no ha firmado un acuerdo con una Compañía Miembro de Delta Dental o cuya participación como Dentista Participante se ha terminado):

- A. El Afiliado tendrá la obligación de presentar el formulario de reclamación o el formulario de predeterminación de beneficios a DDAZ.
- B. El formulario de reclamación tiene que incluir los cargos facturados en la moneda de ese país y el cargo convertido a dólares estadounidenses.
- C. El Afiliado será responsable de presentar una copia de la licencia para ejercer odontología de dicho dentista expedida en el país donde se prestaron los servicios.
- D. El Afiliado será responsable ante el dentista no participante del costo completo del tratamiento y DDAZ le reembolsará al Afiliado la cantidad de beneficios pagaderos por el plan Colectivo. Los beneficios de Este Contrato no se pueden traspasar.
- E. El pago por el tratamiento se basará en el menor de los cargos facturados o el Cuadro de Precios para Dentista Extranjero No Participante. Usted tendrá que pagar la diferencia entre cualquier cantidad facturada por el dentista y el Cuadro de Precios para Dentistas Extranjeros No Participantes de DDAZ. En la mayoría de los casos, ese pago resulta en un beneficio reducido en comparación con el beneficio pagado por el mismo servicio a un Dentista Participante o un Dentista No Participante dentro de Estados Unidos.

## **Los Beneficios No Son Traspasables**

Los beneficios de esta Póliza de Cobertura Dental de DDAZ no se pueden traspasar. Usted no puede traspasar ni transferir los derechos de recibir parte alguna de sus beneficios a ninguna persona o entidad. Si DDAZ le hace un pago inexacto o le paga de más a usted o en su nombre, DDAZ tiene derecho a que usted o quien prestó los servicios dentales le reembolse el pago en exceso o podrá deducir la cantidad que se le debe de una reclamación futura. Los pagos inexactos no constituyen renuncia a ningún derecho futuro de DDAZ de denegar el pago de beneficios no cubiertos.

## **Quejas sobre servicios dentales**

Este programa dental reconoce el derecho de cada Persona Cubierta de seleccionar al dentista que él o ella prefiera. DDAZ no asume responsabilidad alguna por la selección de dentistas ni por la calidad de los servicios recibidos.

Sin embargo, todas estas partes tienen interés vital en resolver los asuntos que puedan surgir sobre la disponibilidad o calidad de la atención dental. De hecho, DDAZ tiene el compromiso de asegurar, dentro de lo posible, que los servicios profesionales prestados en virtud de este programa satisfagan las normas profesionales establecidas para la atención dental. DDAZ, por su propia cuenta o mediante consulta con un comité de revisión de la sociedad dental local y/o estatal, evaluará en su totalidad los hechos de cada caso y hará una recomendación con respecto a los problemas de los que nos informe. El Titular de la Póliza que tenga preguntas sobre los servicios recibidos en persona o por sus dependientes deberá dirigir sus preguntas a:

**Professional Services Department  
Delta Dental of Arizona  
PO Box 43000  
Phoenix, Arizona 85080-3000**

# ¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO?

## Definiciones de pago de beneficios

### A. Año de la Póliza

El Año de la Póliza es el periodo de doce (12) meses que comienza en la fecha de entrada en vigencia de la póliza y cada periodo subsiguiente de un año. La Póliza de Cobertura Dental es por términos renovables de un (1) año. En cualquier periodo de renovación cualquier porción de esta Póliza de Cobertura Dental se podrá enmendar, en particular las disposiciones y tarifas de los beneficios. El periodo de doce (12) meses de cada año de póliza se desglosa en el Resumen de beneficios que se incluye en esta Póliza de Cobertura Dental.

### B. Año de Beneficio:

El Año de Beneficio es el periodo por el cual se pagan beneficios; se hace seguimiento de ciertas limitaciones de tiempo y se aplican los deducibles máximos que se describen a continuación. Un Año de Beneficio puede ser un año natural o un año de póliza. Consulte el Resumen de beneficios que se incluye en esta Póliza de Cobertura Dental para determinar el periodo de beneficios de su póliza.

### C. Deducibles

El deducible es la cantidad de gastos dentales cubiertos que usted paga antes de que los beneficios dentales sean pagaderos y se aplica a cada Persona Cubierta por Año de Beneficio. Solamente se usarán las cuotas cobradas por SERVICIOS DENTALES CON COBERTURA para calcular el deducible. Consulte el Resumen de beneficios que se incluye en este folleto para los servicios dentales para los que se aplica el deducible.

Cómo funciona el deducible:

1. El deducible quedará satisfecho una vez que se hayan incurrido gastos dentales con cobertura iguales a la cantidad del deducible y se hayan presentado a DDAZ.
2. DDAZ no pagará beneficios por servicios dentales con cobertura aplicados al deducible.
3. Hay una cantidad de deducible común para Dentistas Participantes y No Participantes.
4. El deducible es para un Año de Beneficio y se calcula en la fecha del servicio.
5. La cifra menor entre la cantidad que DDAZ permite o los cargos facturados por servicios cubiertos contará contra el deducible.
6. Los cargos incurridos por servicios dentales no cubiertos durante un Periodo de Espera de Beneficios no se aplicarán contra el deducible.

### D. Deducible Máximo por Familia

(Se aplica sólo si se indica en el Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental) Cualquier cantidad aplicada al deducible de cada Persona Cubierta contará contra el deducible máximo por familia. Una vez que se haya cumplido el deducible máximo por familia, no se requiere ningún otro deducible. Ningún miembro de la familia podrá aportar más que la cantidad del deducible individual contra el máximo de la familia.

### E. Deducibles para Beneficios Específicos

Es posible que su plan de beneficios incluya otros deducibles aparte de su deducible por el Año de Beneficio. Entre los ejemplos de beneficios que podrían requerir un deducible adicional se incluyen intervenciones de la articulación temporomandibular (TMJ) y ortodoncia. Consulte su Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental.

### F. Máximo por Año de Beneficio

El Máximo por Año de Beneficio es la cantidad total en dólares que DDAZ pagará por servicios prestados durante cualquier periodo de un (1) Año de Beneficio de conformidad con la Póliza de Cobertura Dental. Este Máximo por Año de Beneficio se aplica a cada Persona Cubierta por Año de Beneficio. Consulte el Resumen de beneficios para los servicios dentales que se incluyen en el Máximo por Año de Beneficio.

El Máximo por Año de Beneficio disponible al Titular de la Póliza o dependiente cubierto durante un Año de Beneficio se muestra en el Resumen de beneficios incluido en este folleto. Este máximo se aplicará aunque la cobertura se interrumpa o si el Titular de la Póliza o cualquier dependiente ha tenido cobertura como empleado y como dependiente. No se puede transferir ni todo ni parte de su Máximo por Año de Beneficio de una persona a otra ni de un año al siguiente. Todos los servicios dentales que no tengan un máximo de por vida separado se aplicarán al Máximo por Año de Beneficio independiente de su nivel de coaseguro.

**G. Máximo por Beneficio Específico**

Algunos beneficios pueden tener un máximo específico de por vida. No se pagará ningún beneficio que supere la cantidad máxima especificada en esta disposición de beneficios. La cantidad máxima de por vida usualmente es un máximo por beneficio separado y, como tal, no se aplica contra el máximo anual. Los tipos de beneficios, que pueden tener un máximo por beneficio separado, incluyen periodoncia y ortodoncia e intervenciones de la articulación temporomandibular. Consulte el Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental para las intervenciones que tienen un Máximo por Beneficio Específico.

**H. Periodos de Espera de Beneficios**

Algunas intervenciones pueden tener un Periodo de Espera del Beneficio. El Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental dispone la longitud de los Periodos de Espera de Beneficios y cuáles servicios dentales están sujetos a un Periodo de Espera del Beneficio. Los cargos incurridos por servicios dentales no cubiertos durante un Periodo de Espera de Beneficios no se aplicarán contra el deducible.

**I. Servicios Dentales**

Los gastos presentados ante DDAZ deben identificar los servicios dentales prestados en términos del Código Uniforme sobre Intervenciones Dentales y Nomenclatura de la Asociación Dental Americana (American Dental Association Uniform Code on Dental Procedures and Nomenclature) por descripción narrativa. DDAZ se reserva el derecho de solicitar radiografías, narrativas y otros tipos de información de diagnóstico, según corresponda, para determinar los beneficios. Consideramos un servicio temporal como parte integral del servicio final.

**J. Tratamiento Alternativo**

En ocasiones, hay varios métodos profesionalmente aceptados de tratar una afección dental. Por ejemplo, un diente se puede restaurar con una corona o un empaste y los dientes faltantes se pueden sustituir con un puente fijo o con una dentadura postiza parcial. DDAZ hará el pago sobre la base de la cantidad permitida para la intervención menos cara siempre y cuando la intervención menos cara cumpla con las normas aceptadas de tratamiento dental. La decisión de DDAZ no obliga al paciente a la intervención menos cara. Sin embargo, si el paciente y el dentista eligen la intervención más cara, el Titular de la Póliza es responsable de los costos adicionales que superen los pagados o permitidos por DDAZ.

**K. Fecha de Servicio**

La fecha del servicio se indica en los Servicios Dentales con Cobertura en esta Póliza de Cobertura Dental por tipo de intervención.

## DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Lo siguiente es una lista completa de los SERVICIOS DENTALES CON COBERTURA. DDAZ no pagará beneficios por gastos incurridos por servicios que no se nombran en esta Póliza de Cobertura Dental.

Solamente tienen cobertura los servicios indicados como beneficios cubiertos en el Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental. En el Resumen de Beneficios también se indica lo siguiente:

- A. Deducibles y beneficios máximos;
- B. El Año de Beneficio (año natural o año de la póliza);
- C. El Año de la Póliza
- D. Las categorías de gastos que indican el nivel de coaseguro al que se cubrirán estos servicios dentales (Rutina, Básicos, Mayores);
- E. El Periodo de Espera del Beneficio para cada categoría de gasto (si corresponde).

El programa incluye estos servicios dentales con cobertura cuando los lleva a cabo y completa un dentista autorizado para ejercer en un consultorio dental y cuando son necesarios y apropiados según la determinación de las normas de prácticas dentales generalmente aceptadas. Los servicios dentales con cobertura están sujetos a las Limitaciones y Exclusiones que se describen dentro de esta Póliza de Cobertura Dental y de conformidad con la Póliza de Cobertura Dental.

Según se estime necesario caso por caso, Delta Dental of Arizona podrá solicitar radiografías e información adicional para evaluación por un asesor con el fin de determinar si una intervención o servicio presentado para predeterminación o pago:

1. es un beneficio con cobertura en virtud de la Póliza de Cobertura Dental.
2. se encuentra dentro de las pautas generalmente aceptadas por las Políticas de Procesamiento de la Asociación Dental Americana (American Dental Association) y de Delta Dental of Arizona.

Aunque su dentista haya prescrito, recomendado o prestado el servicio, eso no necesariamente significa que es un beneficio cubierto, aunque el servicio no se excluya expresamente en esta Póliza de Cobertura Dental. Independientemente de la necesidad médica o dental, no todos los tratamientos y servicios recomendados o prestados por su dentista son beneficios con cobertura.

## SERVICIOS DENTALES CON COBERTURA

*La fecha del servicio es la fecha en que se llevó a cabo la intervención a menos que se indique algo distinto más abajo.*

### **Exámenes, evaluaciones o consultas**

Dos (2) de cualquier combinación de exámenes, evaluaciones o consultas durante un Año de Beneficio. Incluye las realizadas por un dentista general o un especialista.

### **Servicios de Radiografías para Diagnóstico**

- A. Serie de radiografías de toda la boca / película panorámica, aletas verticales, es un beneficio único cada cinco (5) años contados a partir de la última fecha en que se llevaron a cabo.
- B. Las radiografías con aletas son un beneficio una vez en un Año de Beneficio.

### **Profilaxis de rutina (eliminación del sarro y pulido de los dientes)**

- A. La profilaxis de rutina es un beneficio dos veces cada Año de Beneficio.
- B. La profilaxis de rutina y la profilaxis periodontal se consideran servicios intercambiables. El paciente deberá contar con antecedentes periodontales documentados para recibir un beneficio de mantenimiento periodontal (excluido el desbridamiento de la boca completa).

*Consulte Periodoncia para desbridamiento de la boca completa (profilaxis difícil).*

### **Tratamiento con flúor**

- A. El tratamiento con flúor es un beneficio una vez por Año de Beneficio.
- B. El tratamiento con flúor es un beneficio hasta la edad indicada en el Resumen de beneficios

**Mantenedores de espacio** debido a la pérdida prematura de dientes primarios (de leche) posteriores afectados.

- A. Los mantenedores de espacio para dientes primarios (de leche) posteriores tienen cobertura hasta la edad indicada en el Resumen de beneficios.
- B. Los mantenedores de espacio anteriores no son un beneficio con cobertura.

### **Selladores**

- A. Los selladores son un beneficio una vez cada tres (3) años a partir de la última fecha en que se aplicaron.
- B. Los selladores son un beneficio para la superficie oclusal (sin caries o restauraciones) en bicúspides permanentes, primera y segunda muelas.
- C. Los selladores son beneficios hasta la edad indicada en el Resumen de beneficios.

### **Empastes (tapaduras)**

Empastes de amalgama de plata y, en el caso de dientes delanteros, empastes de material compuesto, del color de los dientes. (Los empastes del color de los dientes son un beneficio en todos los dientes sólo si se incluyen en el Resumen de beneficios de esta Póliza de Cobertura Dental).

- A. Los empastes son un beneficio para cada superficie dental cada veinticuatro (24) meses a partir de la última fecha en que se llevó a cabo este servicio sobre esa superficie dental específica.

### **Coronas preformadas**

- A. Las coronas preformadas son un beneficio una vez en cada dos (2) años a partir de la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención en dientes primarios (de leche) específicos.
- B. Las coronas preformadas son un beneficio una vez cada cinco (5) años a partir de la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención en dientes definitivos específicos.

### **Coronas e incrustaciones dentales onlays**

*La fecha del servicio de coronas e incrustaciones dentales onlays es la fecha de preparación.*

Las coronas e incrustaciones dentales onlays, como sigue, pero sólo cuando los dientes no se pueden restaurar con empastes debido a pérdida extensa de la estructura dental como resultado de caries o fractura. Esto excluye fracturas o pérdida de estructura dental debido a desgaste, erosión o abrasión, bruxismo y daño a los tejidos blandos o duros como resultado de un dispositivo utilizado en perforación de la lengua o labio.

- A. Las coronas e incrustaciones dentales onlays son un beneficio una vez cada cinco (5) años a partir de la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención en el mismo diente.
- B. Las coronas e incrustaciones dentales onlays son un beneficio sólo cuando no se pueda llevar a cabo ninguna otra forma aceptable de tratamiento.
- C. La reconstrucción dental con corona es un beneficio sólo cuando es necesaria para conservar una restauración moldeada debido a pérdida excesiva de la estructura dental.
- D. La reconstrucción dental con corona (pilar, cementada o muñón y corona) son un beneficio una vez cada cinco (5) años a partir de la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención en el mismo diente.
- E. Las coronas e incrustaciones dentales onlays son beneficio cuando se proporcionan para pacientes de doce (12) años de edad o mayores. Se concede una corona preformada como beneficio para pacientes menores de 12 años de edad.
- F. La restauración con muñón y corona no es beneficio debajo un onlay.
- G. Las coronas de metal resina (veneer) no son un beneficio con cobertura a menos que se indique en el Resumen de beneficios y se incluya en su Póliza de Cobertura Dental. Si no se incluyen las coronas de metal resina (veneer), se facilitará un beneficio alternativo de corona, siempre y cuando se cumplan los criterios de arriba.
- H. Las incrustaciones dentales inlays no son un beneficio con cobertura a menos que se indique en el Resumen de beneficios y se incluya en su Póliza de Cobertura Dental. Si no se incluyen las incrustaciones dentales inlays, se proporcionará un beneficio alternativo para el empaste.

### **Endodoncia**

Se proporcionarán beneficios para intervenciones necesarias para tratamiento pulpal en dientes primarios (de leche) (pulpotomía) y tratamiento endodóntico de pulpa dental (nervio) infectada en dientes permanentes.

- A. Los beneficios endodónticos que se describen arriba son beneficio una vez por diente.
- B. Los beneficios para intervenciones endodónticas adicionales, como retratamiento, son beneficio una vez cada tres (3) años a partir de la fecha de la última intervención en ese diente.
- C. La fecha del servicio es la fecha en que se completó el tratamiento Endodóntico.

### **Periodontología**

Se proporcionarán beneficios para el tratamiento de enfermedades de los tejidos de soporte del diente (hueso gingival y/o alveolar).

- A. La eliminación del sarro periodontal y el alisado de raíces son un beneficio una vez cada dos (2) años a partir de la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención en dientes o cuadrantes específicos.
- B. El tratamiento periodontal quirúrgico es un beneficio una vez cada tres (3) años a partir de la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención en esos dientes o cuadrantes específicos.
- C. Desbridamiento completo de la boca (profilaxis difícil) es un beneficio una vez cada cinco (5) años contados a partir de la última fecha en que se llevó a cabo esa intervención.

### **Servicios protésicos**

#### **Prótesis removibles y fijas**

La fecha del servicio de **una prótesis removible es la fecha de entrega.**

La fecha del servicio de **una prótesis fija es la fecha de preparación.**

Proporciona puentes, dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas para el reemplazo de dientes completamente extraídos o faltantes.

- A. Los ajustes a dentaduras completas o parciales se limitan a dos (2) ajustes por dentadura, por doce (12) meses (después de que hayan transcurrido seis meses de la colocación inicial de la dentadura).
- B. Las dentaduras, los puentes removibles parciales y fijos son un beneficio una vez cada cinco (5) años desde la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención.
- C. Los rebases y revestimientos son un beneficio una vez cada dos (2) años desde la última fecha en que se llevó a cabo esta intervención.
- D. La dentadura parcial temporal (flipper) para reemplazo de cualquiera de los dientes anteriores permanentes es un beneficio una vez en la vida, por arco.
- E. La prótesis fija no es beneficio en menores de dieciséis (16) años de edad.

### **Intervenciones quirúrgicas orales y maxilofaciales.**

Se disponen beneficios para extracciones.

La atención previa al tratamiento de extracciones se considera como parte de la intervención realizada y no se dispone un beneficio separado.

### **Anestesia general y sedación/analgesia intravenosa**

No para nerviosismo, problemas de conducta o manejo a menos que esté indicado en la Póliza de Cobertura Dental y en el Resumen de beneficios incluido en este folleto.

Los beneficios para anestesia general y sedación/analgesia intravenosa se proporcionarán sólo si se cumplen las siguientes condiciones. Que:

- A. La lleve a cabo un Dentista autorizado para efectuar anestesia general;
- B. Sea administrada en un consultorio dental;
- C. Cuando sea realizada en forma conjunta con extracciones quirúrgicas.
- D. Sea necesaria debido a afecciones médicas concurrentes (es decir, problemas neurológicos de control motor) y documentadas por un médico;

### **Tratamiento paliativo de emergencia**

Tratamiento de emergencia para el alivio del dolor.

El tratamiento paliativo no está cubierto si se lleva a cabo tratamiento definitivo para el mismo problema en la misma fecha. Los exámenes y radiografías no se consideran como alivio del dolor.

## **Limitaciones generales - Todos los servicios**

- A. Si una persona elegible con una afección cubierta selecciona un servicio que no se dispone en virtud de los términos de esta Póliza de Cobertura Dental, o selecciona técnicas especializadas en lugar de servicios dentales típicos, DDAZ pagará el porcentaje aplicable de la cuota permitida para el servicio dental típico y el paciente es responsable de la diferencia entre lo que DDAZ pagó y lo que el dentista cobró.
- B. Las intervenciones pre y postoperatorias se consideran como parte de cualquier servicio cubierto asociado. El beneficio se limitará a la cantidad cubierta de los servicios con cobertura.
- C. La anestesia local se considera como un componente de cualquier intervención en la que se use.
- D. Un servicio dental temporal se considerará como parte integral de un servicio completo en lugar de un servicio separado y no se podrá hacer pago separado por un servicio temporal a menos que se disponga de otra manera como servicio con cobertura en esta póliza.
- E. Si una Persona Cubierta se transfiere de la atención de un (1) dentista a la de otro dentista durante el transcurso del tratamiento, DDAZ no pagará más que la cantidad que habría pagado si tan sólo un (1) dentista hubiese prestado todos los servicios dentales durante el curso del tratamiento. DDAZ no pagará la duplicación de servicios dentales.
- F. Aunque su dentista haya: prescrito, recomendado o prestado el servicio, eso no necesariamente significa que será un beneficio cubierto aunque el servicio no se excluya expresamente en esta Póliza de Cobertura Dental. Independientemente de la necesidad médica o dental, no todos los tratamientos y servicios recomendados o prestados por su dentista son beneficios con cobertura.
- G. Si usted o cualquiera de sus dependientes recibió servicios gratuitos por o por medio de un programa público, DDAZ coordinará los beneficios sobre la base de la documentación presentada.

- H. Cuando se proporciona un beneficio alternativo, la intervención alternativa se permite con sujeción a las limitaciones de tiempo de la intervención con beneficio.
- I. Los implantes, materiales implantados o injertados en hueso o sobre hueso o tejido blando o la extracción de implantes no son beneficios con cobertura excepto cuando estén cubiertos por esta póliza. Consulte su Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental.
- J. Cuando una intervención es beneficio y después se lleva a cabo un nuevo servicio en el mismo diente, queda sujeto a las limitaciones de tiempo del servicio anterior; por lo tanto, los beneficios se reducirán en el nuevo servicio.
- K. Las cuotas de esterilización se consideran como un componente de cualquier intervención en la que se use.
- L. Si un servicio cubierto está sujeto a un periodo de espera del beneficio y el tratamiento comienza antes de que dicho periodo de espera haya transcurrido, no se concederá ningún beneficio.

## **Exclusiones**

- A. Los servicios para lesiones o afecciones compensables en virtud de la Ley de Compensación del Trabajador o la Ley de Responsabilidad del Empleador, los servicios prestados a la Persona Cubierta por cualquier Organismo del Gobierno Estatal o Federal o prestados sin costo a la Persona Cubierta por un municipio, condado o cualquier otra subdivisión política o dependencia de la comunidad.
- B. Un servicio o intervención que no sea en general aceptado por la Asociación Dental Americana y las reglas de tramitación de DDAZ.
- C. Un servicio o intervención que no se describe como beneficio en esta Póliza de Cobertura Dental y se incluye en el Resumen de beneficios en esta Póliza de Cobertura Dental.
- D. Un método de tratamiento más costoso de lo que normalmente se concede. Los beneficios se basarán en el método de tratamiento profesionalmente aceptado y menos caro.
- E. Los servicios dentales y quirúrgicos con respecto a cirugía cosmética u odontología para fines puramente cosméticos.
- F. Técnicas especializadas incluidas, entre otras, metal precioso para aparatos removibles, conectores de precisión para dentaduras parciales o puentes, sobredentaduras, overlays, implantología así como intervenciones y aparatos asociados con intervenciones previas además de la personalización y caracterización.
- G. Los cargos por cualquier atención médica no cubierta específicamente en virtud de esta Póliza de Cobertura Dental, incluidos los cargos de hospital, cargos de medicinas de venta con receta y cargos o cuotas de laboratorio.
- H. Los cargos por servicios dentales que se comiencen antes de la fecha en que la persona empezó a tener la cobertura en virtud de esta Póliza de Cobertura Dental o que se lleven a cabo durante el Periodo de Espera del Beneficio.
- I. Las intervenciones, aparatos o restauraciones que sean necesarias para alterar, restaurar o mantener la oclusión, incluidos, entre otros: la alteración de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura del diente perdida por desgaste, erosión, abrasión o bruxismo, realineación de los dientes, ferulización periodontal, registros gnatológicos, equilibración, aparatos para la mordida o aparatos para hábitos dañinos y/u otros daños a los tejidos duros o blandos como resultado de un dispositivo utilizado en orificio de la lengua o labio no es un beneficio con cobertura.
- J. Las dentaduras postizas temporales, aparte de las dispuestas en esta Póliza de Cobertura Dental.
- K. Los modelos para estudios, moldes y otros servicios auxiliares no cubiertos en esta Póliza de Cobertura Dental a menos que la ortodoncia se incluya como un beneficio con cobertura en el Resumen de beneficios.
- L. El tiempo de viaje y gastos relacionados.
- M. Los servicios de ortodoncia salvo cuando estén cubiertos por esta Póliza de Cobertura Dental y se incluyan en el Resumen de beneficios.
- N. Intervención de diagnóstico directo o tratamiento quirúrgico y no quirúrgico aplicado a las articulaciones o músculos, a la articulación temporomandibular (TMJ) o a trastornos temporomandibulares (TMD), salvo cuando estén cubiertos por esta Póliza de Cobertura Dental y se incluyan en el Resumen de beneficios.

- O. DDAZ no pagará ninguna reclamación presentada más de doce (12) meses después de la fecha del servicio o doce (12) meses después de la terminación de esta Póliza de Cobertura Dental, lo que ocurra primero.
- P. DDAZ no pagará ningún ajuste a reclamaciones previamente recibidas, incluido el envío de información adicional presentada más de doce (12) meses después de la fecha del pago inicial o la fecha inicial de emisión de la información solicitada.
- Q. Las intervenciones experimentales o de transición o cualquier intervención aparte de los servicios cubiertos.
- R. Terapia miofuncional o terapia del habla.
- S. Los servicios que no sean prestados de conformidad con las leyes del Estado de Arizona, los servicios realizados por cualquier persona que no sea una persona autorizada por un licencia dental para prestar dichos servicios o servicios realizados para tratar cualquier afección, aparte de enfermedades orales o dentales, malformación, anomalía o afección como se explicó.
- T. Llenado de formularios, suministro de información o expedientes de diagnóstico, o duplicación de radiografías u otros registros.
- U. Reemplazo de aparatos dentales extraviados, robados o dañados.
- V. Intervenciones o servicios realizados en forma conjunta con servicios dentales no cubiertos.
- W. Todos los servicios no especificados como servicio dental con cobertura.

## **¿QUÉ OTRA COSA NECESITO SABER ACERCA DEL PAGO DE RECLAMACIONES?**

### **Preguntas sobre reclamaciones**

Se dispone de un número telefónico gratuito para llamar a DDAZ si tiene preguntas sobre reclamaciones, el estado de un pago de reclamación o para verificar el estado de un dentista específico con respecto a DDAZ. Las llamadas dentro del área de Phoenix se deben hacer al (602) 938-3131. También puede llamar al (800) 352-6132.

### **Coordinación de beneficios**

DDAZ coordina los beneficios en virtud de este programa con los beneficios que tenga usted o sus dependientes en virtud de cualquier otro programa de atención administrada o póliza de seguro. Se podrían reducir los beneficios bajo uno (1) de esos programas de tal forma que su cobertura combinada no supere el máximo que permite el plan o la cuota permisible para dentistas no participantes para el servicio con cobertura. Si este plan es el programa "primario" DDAZ no reducirá los beneficios, pero si el otro programa es el primario, DDAZ podría reducir los beneficios. La reducción será la cantidad pagada en virtud de los términos del programa primario si supera la concesión máxima del plan de DDAZ. Consulte Servicios Dentales Cubiertos en el Resumen de beneficios incluido en esta Póliza de Cobertura Dental.

### **Determinación del programa primario**

Si una persona califica para beneficios en virtud de dos (2) programas o más y más de un (1) programa facilita cobertura para un beneficio permitido, DDAZ pagará según la Determinación del Programa Primario indicado a continuación:

- A. El programa que cubra al paciente como Titular de la Póliza es primario sobre un programa que cubre la paciente como Dependiente Cubierto.
- B. Cuando el paciente es un hijo dependiente, entonces los cumpleaños de los padres determinan cuál programa es primario. El programa del padre cuyo cumpleaños (mes y día, o año) ocurra antes en el año

natural es primario y pagará sus beneficios primero. El programa que cubre al padre cuyo cumpleaños ocurre más adelante en el año es secundario.

- C. Cuando los padres del hijo dependiente están legalmente separados o divorciados, el programa que cubre al padre con custodia legal es el primario. El programa que cubre al cónyuge del padre con custodia (es decir, padrastro o madrastra) es el que sigue. El programa del padre que no tiene custodia legal es el último. Sin embargo, si hay un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica del hijo a uno (1) de los padres, entonces el programa que cubre a ese padre es el primario.
- D. Si el paciente es miembro de un plan dental prepagado u otro plan de capitación y también es una Persona Cubierta en virtud de esta Póliza de Cobertura Dental, entonces esta Póliza de Cobertura Dental es primaria, sin tener en cuenta la existencia del otro plan. No obstante, DDAZ no tendrá obligación de pagar ningún servicio dental que tenga cobertura sin cargo en el plan prepagado u otro plan de capitación ni de pagar en exceso de la cantidad de la obligación del copago para el servicio particular del plan prepagado u otro plan de capitación.
- E. El programa que cubre al paciente como empleado (o como dependiente de ese empleado) es primario sobre el programa que cubre al paciente como Empleado Jubilado o despedido (o el dependiente de ese empleado).
- F. Si las anteriores reglas no se aplican o si hay dos (2) planes de cobertura “primarios” debido a jubilación, entonces el programa que cubra al paciente más tiempo es el primario.

### **Derecho a recibir y divulgar información necesaria**

DDAZ podrá divulgar u obtener información de cualquier aseguradora u otra persona según estime conveniente para satisfacer las disposiciones de “Coordinación de Beneficios” de esta póliza. DDAZ determinará la existencia de otro programa o la cantidad pagadera en virtud de cualquier otro programa mediante el reclamo de beneficios de la persona elegible en virtud de esta Póliza de Cobertura Dental.

### **Derecho de recuperación**

DDAZ recuperará cualquier pago que sea más que la obligación determinada por las reglas de la disposición de Coordinación de Beneficios.

### **Disposiciones requeridas por ley**

Antes de aprobar una reclamación, DDAZ tendrá derecho a recibir, en la medida permitida por la ley, de cualquier dentista a cargo o examinador que esté prestando servicios dentales a una Persona Cubierta, cualquier información y expedientes sobre el examen y tratamiento de una Persona Cubierta, según pueda requerirse para la administración de la reclamación. DDAZ en todo caso mantendrá dicha información y expedientes en calidad confidencial. DDAZ considera la confidencialidad como un asunto muy serio y cuenta con varios procesos que aseguran que la información delicada o confidencial esté protegida y que la divulgación de dicha información se haga sólo para facilitar la cobertura y de conformidad con las leyes estatales y federales.

La divulgación de información se hace únicamente para facilitar la cobertura. DDAZ no divulgará información a cónyuges, parientes, abogados, ni a cualquier otra persona que diga ser representante sin que usted lo autorice por escrito. Si desea autorizar a alguna persona para que tenga acceso a la información, deberá enviarnos una petición por escrito. Puede visitar nuestro sitio web en [www.deltadentalaz.com](http://www.deltadentalaz.com) o llamar al Departamento de Servicio al Cliente de DDAZ para solicitar una Autorización para Divulgar o un Formulario de Representante Autorizado. Una vez que DDAZ haya recibido el formulario, le proporcionará la información a la persona que usted haya nombrado. DDAZ también podrá limitar la divulgación de información al padre de los hijos dependientes que hayan cumplido la mayoría de edad y no estén sujetos a tutela aunque dichos hijos tengan cobertura en virtud de la póliza del padre o la madre.

Cuando el Titular de la Póliza no es el padre que tiene custodia de un hijo que tiene cobertura a causa de una orden administrativa judicial de facilitarle a ese hijo beneficios médicos que incluyan cobertura dental, DDAZ proporcionará la información de beneficios al padre que tiene la custodia, le permitirá al padre de custodia presentar reclamaciones en nombre del hijo y hará pagos directamente al padre de custodia, proveedor o

dependencia del estado, según corresponda. En virtud de la ley de Arizona, ambos padres tienen iguales derechos de acceso a la información sobre sus hijos, a menos que exista orden judicial que deniegue dicho acceso. En ausencia de una copia de dicha orden y con sujeción a las disposiciones de confidencialidad descritas anteriormente, DDAZ facilita igual acceso a la información a ambos padres. Independientemente de que los problemas tengan que ver con una orden administrativa o judicial sobre cobertura o simplemente acceso a la información, DDAZ no es parte en disputas domésticas. Dichos asuntos deberán resolverse entre los padres del hijo dependiente.

**Comprobante de siniestro:** Una declaración jurada que usualmente tiene que proporcionar el asegurado a la aseguradora para que se pague un siniestro en virtud de una póliza. Dicho formulario usualmente se utiliza en la conciliación de siniestros de la primera parte e incluye la fecha y descripción del incidente y la cantidad del siniestro.

**Reclamación:** Una demanda de un asegurado u otra parte para la indemnización por un siniestro en virtud de una póliza o bono de seguro; algunas veces la cantidad real o estimada de la pérdida.

### **Presentación de una reclamación**

Las reclamaciones se deben presentar en los formularios de DDAZ. Si DDAZ no proporciona los formularios solicitados en un plazo de quince (15) días de la solicitud, la reclamación podrá presentarse en una carta que proporcione comprobante escrito de la reclamación que cubre el incidente, el carácter y el alcance del siniestro. Los requisitos de Comprobante de Siniestro se considerarán como satisfechos si DDAZ recibe los formularios de DDAZ o una declaración escrita como se explica más arriba dentro del plazo dispuesto en el siguiente párrafo.

### **Límites de tiempo para la presentación de Comprobante de Siniestro.**

El Comprobante de Siniestro deberá facilitarse en un plazo de noventa (90) días después de la terminación de la atención para la cual hay Beneficios pagaderos. Si eso no es posible, se debe proporcionar lo antes posible dentro de lo razonable, pero no más de trescientos sesenta y cinco (365) días después de la fecha del servicio. Si el Comprobante de Siniestro se presenta fuera de esos límites, se denegará la reclamación. Esos límites no corresponderán si el Titular de la Póliza no tiene capacidad legal.

### **Comprobante de Siniestro**

Comprobante de Siniestro significa comprobante escrito de que la Persona Cubierta ha incurrido Gastos Dentales para los cuales hay Beneficios Dentales pagaderos. Proporcionar el Comprobante de Siniestro corre por cuenta del Titular de la Póliza. No se pagará ningún beneficio dental mientras no se haya satisfecho el Comprobante de Siniestro.

### **Documentación del Comprobante de Siniestro**

Corriendo por cuenta del Titular de la Póliza, será necesario presentar estados de reclamación completados, con la autorización firmada del Titular de la Póliza o la Persona Cubierta para que DDAZ obtenga información y cualquier otro artículo que dentro de lo razonable podamos requerir en apoyo de la reclamación. Esta información se podrá obtener de cualquier proveedor o compañía de seguros. DDAZ se reserva el derecho de rechazar o suspender una reclamación sobre la base de falta de información o expedientes dentales.

### **Investigación de reclamaciones**

DDAZ podrá investigar sus reclamaciones en cualquier momento. Corriendo los gastos por cuenta de DDAZ, podremos pedirle a un profesional dental que elijamos que examine a la Persona Cubierta y/o que revise las radiografías. DDAZ podrá negar o suspender el pago de Beneficios Dentales si la Persona Cubierta o el dentista que presta los servicios no coopera con una revisión o examen por parte del Profesional Dental que DDAZ haya seleccionado.

### **Pago de beneficios dentales**

DDAZ pagará todos los beneficios dentales directamente al Dentista Participante o al Titular de la Póliza si el dentista es un Dentista No Participante, inmediatamente después de que se establezca el Comprobante de Siniestro. DDAZ no requiere que ningún servicio cubierto sea prestado por un Dentista específico. Consulte la Sección de la Red de Dentistas Miembros de esta Póliza de Cobertura Dental para una descripción completa de cómo se pagan los beneficios para Dentistas Participantes y No Participantes.

### **Aviso de decisión sobre la reclamación**

Si se requiere información adicional y, por lo tanto, DDAZ es incapaz de pagar la reclamación, el Titular de la Póliza recibirá un aviso de que recibimos la reclamación en un plazo de quince (15) días hábiles de que DDAZ haya recibido la reclamación. Si DDAZ le niega la reclamación o intervención, o reduce su pago, en todo o en parte, incluidos los pagos a causa de elegibilidad para participar o revisión de utilización, usted recibirá una Explicación de Beneficios (EOB) en la que se describe su responsabilidad por los servicios recibidos. Si no es responsable y se le niega parte de su reclamación (incluida en el acuerdo del dentista participante), usted no recibirá una EOB. Las disposiciones del plan que se consultan para el procesamiento se incluyen en su folleto de beneficios. Si el Titular de la Póliza no recibe una decisión de DDAZ en un plazo de treinta (30) días después de que DDAZ haya recibido la información requerida para procesar la reclamación, el Titular de la Póliza tendrá derecho inmediato de solicitar una revisión como si la reclamación hubiese sido negada.

Si DDAZ le niega cualquier parte de la reclamación, el Titular de la Póliza recibirá un aviso escrito de denegación que contendrá:

- A. Las razones de la decisión,
- B. Una descripción de cualquier información adicional necesaria para respaldar la reclamación y
- C. Información sobre el derecho del Titular de la Póliza de apelar la decisión.

### **Límites de tiempo sobre acciones judiciales**

No se podrá incoar ninguna acción por ley o en equidad hasta sesenta (60) días después de que nos haya proporcionado el Comprobante de Siniestro. Ninguna acción se podrá incoar más de tres (3) años después de que ocurra primero uno de estos casos:

- A. La fecha en que DDAZ recibe el Comprobante de Siniestro, y
- B. El final del periodo dentro del cual se exige la presentación del Comprobante de Siniestro.

### **Proceso de apelación de reclamaciones**

Usted o el proveedor que lo trató puede presentar una apelación en su nombre. DDAZ proporciona un formulario que se usa para apelaciones en el centro del Paquete para Apelaciones. Usted no tiene que usar el formulario; si lo desea puede usar una carta que contenga la misma información. Si usted decide apelar una decisión de denegar autorización o pago de un servicio, debe informarle al proveedor que lo está tratando para que él o ella pueda ayudarle con la información que necesita para presentar su caso.

El proceso para una apelación se describe en detalle en el Paquete para Apelaciones, un documento separado, que se le proporciona en el momento de pasar a ser un Titular de la Póliza con Cobertura. Usted puede solicitar otra copia de dicho Paquete para Apelaciones en nuestro sitio web en [www.deltadentalaz.com](http://www.deltadentalaz.com) o llamando al Departamento de Atención al Cliente de DDAZ.

### **Descripción del proceso de apelación**

Hay dos (2) tipos de apelación: una apelación acelerada para asuntos urgentes y una apelación estándar. Cada tipo de apelación tiene tres (3) niveles. Las apelaciones operan de manera similar, excepto que las apelaciones aceleradas se procesan mucho más rápido debido al estado del paciente.

<b>Apelaciones aceleradas</b>	<b>Apelaciones estándar</b>
(para los servicios que necesita urgentemente y que aún no ha recibido)	(para los servicios que no son urgentes o reclamaciones denegadas)
Nivel 1: Revisión médica acelerada	Reconsideración informal <sup>1</sup>
Nivel 2: Apelación acelerada	Apelación formal
Nivel 3: Revisión independiente, externa y acelerada	Revisión médica independiente externa

Nosotros tomamos las decisiones de Nivel 1 y Nivel 2. Un revisor externo, que es completamente independiente de nuestra compañía toma las decisiones de Nivel 3. Usted no es responsable de pagar los costos de la revisión externa si elige apelar al Nivel 3.

<sup>1</sup>Delta Dental no proporciona reconsideración informal de una reclamación denegada; nuestro proceso de apelación comienza en el nivel de apelación formal.

Lea la información que aparece en su Paquete para Apelaciones para obtener los detalles sobre sus derechos y responsabilidades durante el proceso de apelación. Estas incluirán los procedimientos que DDAZ y usted deben seguir al participar en el proceso de apelación, el periodo de tiempo aplicable a cada nivel de apelación, si su solicitud de apelación se tiene que hacer por escrito y los avisos que recibirá de DDAZ con respecto a su apelación.

Si tiene preguntas sobre el proceso y los procedimientos de apelación, comuníquese con DDAZ a los números indicados en el Paquete para Apelaciones. Para obtener asistencia adicional con preguntas sobre el proceso de apelaciones, puede comunicarse a la Oficina de Asistencia a Consumidores (Consumer Assistance Office) del Departamento de Seguro de Arizona (Arizona Department of Insurance, ADOI).