# DELTA DENTAL INDIVIDUAL Y FAMILIA℠ - FOLLETO DE COBERTURA DENTAL
## Hacemos todo lo dental, mejor.

## Una Explicación Sencilla de Su Seguro Dental

Las personas con beneficios de seguro dental tienen el doble de probabilidades de visitar al dentista y tienen una mejor salud oral y general. Gracias por reconocer el valor de los beneficios dentales y elegir la cobertura de Delta Dental.

Los beneficios dentales son importantes, igual como este documento. Por esa razón, es esencial que lo lea, de principio a fin. Trataremos de hacerlo lo más indoloro posible. Además, por favor, guarde este documento. Puede contestar muchas preguntas que pueda tener más adelante sobre su cobertura dental.

Esta póliza dental está respaldada por Delta Dental de Arizona, una corporación de servicios dentales y optométricos de Arizona (Delta Dental). Todas las pólizas son administradas, al menos en parte, por la empresa, Renaissance Life & Health Insurance Company of America.

Su fecha de entrada en vigor es <<xx/xx/xxxx>> [escrita en formato inglés de ”mm/dd/aaaa”].

Las tarifas de prima por miembro y por mes [en dólares], se enumeran a continuación para el plan que usted seleccionó y se facturan mensualmente o anualmente <<monthly, annually>>.
Usted recibirá notificación de cualquier cambio en las tarifas de prima a través de una carta de nosotros, antes de la fecha de aniversario de la póliza como se describe en la sección **“Primas: El precio que usted paga”.**

| Categoría de edad | Agave Plan -764 |
|---|---|
| 0-2 años | $0.00 |
| 3-54 años | $20.60 |
| 55 + años | $30.52 |

## Términos Clave y Detalles en Letra Pequeña que Necesita Saber

“Usted” se refiere a la persona que compró esta póliza. Cualquier información sobre esta póliza llegará a usted. Si no compró esta póliza, no recibirá ninguna información de Delta Dental sobre esta póliza.

Este Folleto de Cobertura Dental, junto con el Resumen de Beneficios y el Paquete de Apelaciones constituyen la póliza de cobertura dental completa. Este Folleto de Cobertura Dental, que describe las provisiones de beneficios, reemplaza a cualquier otro Folleto de Cobertura Dental emitido a usted en una fecha anterior.

Este Folleto de Cobertura Dental debe leerse junto con el Resumen de Beneficios. El Resumen de Beneficios es un resumen de los beneficios de su póliza con Delta Dental. Los beneficios están sujetos a todas las disposiciones, términos y condiciones de la póliza.

Esta póliza de Delta Dental de Arizona solo cubre a los residentes de Arizona y se rige por el Estado de Arizona y la ley federal aplicable. Si no es residente de Arizona, esta póliza no lo cubre. Sin embargo, si nos dice en cuál estado vive, es posible que le podamos referir a una sucursal de Delta Dental diferente.

Esta póliza cubre solo lo que dice que cubre. Incluso si su dentista haya recetado, recomendado o proporcionado el servicio, no necesariamente hace que el procedimiento sea elegible para beneficios. Esto es cierto aún si el servicio no está expresamente excluido en este folleto de cobertura dental. Independientemente de la necesidad dental o médica, no todos los tratamientos y servicios recomendados o realizados por su dentista son beneficios cubiertos. Esta póliza describe los servicios cubiertos; todo lo demás no esté cubierto, independientemente de que esté o no enumerado como “no cubierto”.

Delta Dental resuelve las reclamaciones basadas en un sistema de pago que puede ser inferior a lo que le factura el dentista. Por favor vea la sección “Elegir un Dentista” para más detalles.

**Aviso importante:**
**Si usted no está satisfecho con esta póliza, puede devolverla en cualquier momento dentro de los 10 días posteriores al día en que la recibió. Anularemos la póliza y le reembolsaremos su dinero, menos cualquier pago por reclamaciones en las que haya incurrido.**

***Renovación sujeta al consentimiento de la Empresa***

# Índice de Contenidos


Preguntas Comunes Sobre Su Póliza ..... 3

Elegir Un Dentista ..... 3

Lo Que Está Cubierto Y Lo Que Usted Paga ..... 4

Limitaciones Generales: Todos Los Servicios ..... 7

Exclusiones ..... 8

Quién Es Elegible Para La Cobertura ..... 9

Primas: El Precio Que Usted Paga ..... 9

Presentación De Reclamaciones ..... 10

Si Denegamos Su Reclamación ..... 11

Terminación De Esta Póliza ..... 12

Notificaciones ..... 13

## Preguntas Comunes Sobre Su Póliza

**¿Cuándo comienza mi cobertura?**
Lo más temprano que pueda comenzar su cobertura será el primer día del mes *después* de que sea aprobada su solicitud. Su fecha de vigencia se encuentra en la página 1.

**¿Cómo renuevo mi cobertura?**
Su cobertura se renueva cada 12 meses en la fecha de aniversario de la póliza, a menos que decidamos no renovar su cobertura o que usted nos diga que ya no desea la cobertura. Si desea mantener esta cobertura, todo lo que necesita hacer es pagar la prima.

**¿Qué ocurre si tengo otro seguro dental?**
Si tiene otro seguro dental, no puede comprar este seguro dental.

**¿Qué ocurre con la cobertura para mis hijos y mi cónyuge?**
Sus hijos y su cónyuge [esposo/a] pueden estar cubiertos bajo esta póliza siempre y cuando sean elegibles. Si ya no son elegibles, pero son residentes de Arizona, pueden comprar su propia póliza. Por favor vea la sección "Quién es elegible para la cobertura" para más detalles.

**¿Cuál sitio web puedo visitar para informarme sobre mi seguro dental? y ¿cuáles servicios ofrece?**
En www.deltadentalaz.com/member, usted puede hacer cambios de dirección o pago. También puede verificar su prima, fecha de vigencia, y revisar o imprimir información sobre sus beneficios y estado de reclamaciones.

## Elegir Un Dentista

Usted puede elegir cualquier dentista autorizado por licencia para proporcionar servicios dentales. Sin embargo, ahorrará más dinero si elige un dentista de Delta Dental PPO.

Tenga en cuenta que la red en cual participe el dentista que usted elija afectará el monto total que pague por los servicios bajo esta póliza. Para encontrar una lista de dentistas contratados dentro de la red en Arizona y en todo el país, visite www.deltadentalaz.com/find o llame al 800-894-2961.

Esto es lo que necesita saber sobre la diferencia de red del dentista que elija y cómo afecta su cobertura dental:

***Dentista Delta Dental PPO***
En la fecha del servicio, si el dentista es un dentista contratado con Delta Dental PPO:

A. El consultorio dental ha acordado aceptar la asignación contratada por Delta Dental PPO para los procedimientos cubiertos.
B. Usted paga por el coaseguro aplicable, deducible, procedimientos opcionales, y cualquier servicio no cubierto por esta póliza.
C. El consultorio dental completará los formularios de reclamación y los enviará a Delta Dental para el pago, la predeterminación o la coordinación de beneficios.

***Dentista Delta Dental Premier, que no es dentista Delta Dental PPO***
En la fecha del servicio, si el dentista es un dentista contratado con Delta Dental Premier:

A. El consultorio dental ha acordado aceptar la asignación contratada de Delta Dental Premier para los procedimientos cubiertos.
B. Este plan basa el pago de los procedimientos cubiertos en la asignación contratada de Delta Dental PPO.
C. Usted es responsable de pagar la diferencia entre la asignación contratada de Delta Dental PPO y la asignación contratada de Delta Dental Premier.
D. Usted paga por el coaseguro aplicable, deducible, procedimientos opcionales, y cualquier servicio no cubierto por esta póliza.
E. El consultorio dental completará los formularios de reclamación y los enviará a Delta Dental para el pago, la predeterminación o la coordinación de beneficios.
F. En la mayoría de los casos, el tratamiento de un dentista de Delta Dental Premier resultará en un beneficio reducido en comparado con un dentista de Delta Dental PPO.

***Dentista Fuera de la Red que no es Dentista Delta Dental PPO o Dentista Delta Dental Premier***
En la fecha del servicio, si el dentista NO es un dentista contratado con Delta Dental PPO o Delta Dental Premier:

A. El consultorio dental NO ha acordado aceptar la asignación de Delta Dental como pago completo.
B. Usted es responsable de pagar la diferencia entre la asignación de Delta Dental y el costo total del tratamiento.

C. Usted paga por el coaseguro aplicable, deducible, procedimientos opcionales, y cualquier servicio no cubierto por esta póliza.
D. Usted es responsable de la presentación de los formularios de reclamación o el formulario de predeterminación de beneficios a Delta Dental, a menos que asigne sus beneficios pagaderos a su dentista.
E. Delta Dental le pagará directamente la cantidad de beneficios pagaderos a menos que usted asigne sus beneficios pagaderos a su dentista.
F. En la mayoría de los casos, el tratamiento de un dentista fuera de la red resultará en un beneficio reducido en comparado con un dentista de Delta Dental PPO o un dentista Delta Dental Premier.

***Dentista Fuera de la Red que está ubicado fuera de los Estados Unidos:***
En la fecha del servicio, si el dentista NO es un dentista contratado con **Delta Dental PPO o Delta Dental Premier** y está ubicado fuera de los Estados Unidos (EE.UU.):

A. Usted es responsable de la presentación de los formularios de reclamación o el formulario de predeterminación de beneficios a Delta Dental.
B. Los formularios de reclamación deben incluir los cargos facturados en la moneda de ese país y una tarifa por la tasa de conversión a dólares de los Estados Unidos.
C. Usted es responsable de la presentación de una copia de la licencia de ese dentista para ejercer la odontología en el país donde se prestaron los servicios.
D. Usted es responsable de pagar al dentista no participante (fuera de la red) por el costo total del tratamiento. Delta Dental le reembolsará a usted la cantidad de beneficios pagaderos por el plan. Los beneficios de esta póliza de cobertura dental no pueden ser asignados.
E. El pago por los servicios prestados se basa en el menor de los cargos facturados, o en la Tabla de asignaciones aprobadas para dentistas extranjeros no participantes de Delta Dental. Se le pedirá que pague la diferencia entre cualquier cantidad facturada por el dentista y la Tabla de asignaciones aprobadas para dentistas extranjeros no participantes de Delta Dental. En la mayoría de los casos, este pago resulta en un beneficio reducido en comparado con el beneficio pagado por el mismo servicio rendido por un dentista, sea dentro o fuera de la red, ubicado dentro de los Estados Unidos.

## Lo Que Está Cubierto Y Lo Que Usted Paga

Consulte su Resumen de Beneficios para ver detalles sobre la cobertura que ofrece su plan.

Se establecerá un deducible (la cantidad que paga por los servicios dentales cubiertos antes de que Delta Dental comience a pagar) para usted y para cada dependiente cubierto. El período deducible comienza cuando su póliza entra en vigor y continúa durante 12 meses después de esa fecha. Este período de tiempo también se llama el "período de acumulación de beneficios". Usted es responsable de pagar el deducible en cada período de acumulación de beneficios.

Se aplicará un beneficio máximo anual por el período de acumulación de beneficios para cada persona cubierta por la póliza.

Esta póliza no incluye un beneficio de ortodoncia.

Esta póliza proporciona beneficios de acuerdo con el porcentaje de cobertura que está enumerado en el Resumen de Beneficios, después de que se pague el deducible. Por ejemplo, si el porcentaje de cobertura mostrado es del 80%, Delta Dental pagará el 80% de la cantidad permitida después de que se paguen los deducibles. En este caso, el coaseguro, o la cantidad que usted paga por los servicios cubiertos, es del 20%.

Los períodos de espera de beneficios indicados en el Resumen de Beneficios pueden ser exonerados si usted tenía cobertura por otro plan de seguro dental, pero solo si no hubo más de 63 días entre su plan anterior y este plan. (Es posible que tenga que proporcionar información sobre su plan anterior para asegurarse de que califica para el crédito a los períodos de espera). Los períodos de espera de beneficios pueden ser eximidos para los nuevos miembros agregados a esta póliza si estaban cubiertos por otro plan de seguro dental, y si no hubo más de 63 días entre su plan anterior y este plan.

Los siguientes servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones de edad, frecuencia y tiempo según se indica en el documento Resumen de Beneficios para su plan. Se aplican limitaciones y exclusiones generales. La fecha de notificación es la fecha en que se realizó el procedimiento, a menos que se indique lo contrario a continuación.

**Exámenes, evaluaciones o consultas**
Cualquier combinación de exámenes, evaluaciones o consultas durante un período de acumulación de beneficios. Incluye aquellos realizados por un dentista general o especialista.

**Servicios de diagnóstico por rayos X**

Esto incluye:

A. Serie (boca) completa de rayos X /película panorámica.
B. Rayos X interproximales (en inglés, *bitewing*) o interproximales verticales.
C. Radiografías periapicales.

**Limpiezas rutinarias**

Las limpiezas de rutina y el mantenimiento periodontal se consideran servicios intercambiables (se permite una limpieza rutinaria o mantenimiento periodontal a la frecuencia indicada). Un paciente debe tener antecedentes periodontales documentados para recibir un beneficio de mantenimiento periodontal (excluyendo el desbridamiento bucal completo). Por favor refiérase a "Periodoncia" para información sobre el desbridamiento bucal completo.

**Tratamiento con fluoruro**

El tratamiento con fluoruro se realiza en un consultorio dental e incluye la aplicación tópica de barniz o gel con fluoruro.

**Mantenedores de espacio**

Mantenedores de espacio debido a la pérdida prematura de dientes primarios posteriores enfermos (bebé). *Los mantenedores del espacio anterior no son un beneficio cubierto.*

**Selladores**

Los selladores son un beneficio para la superficie oclusal (libre de caries o restauraciones) en bicúspides permanentes y en los molares primeros y segundos.

**Empastes**

Empastes [rellenos] de amalgama de plata y de resina compuesta (de color de diente).

**Coronas y Onlays**

La fecha de servicio para coronas y onlays es la fecha de colocación permanente.

Las coronas y onlays se cubren solo cuando los dientes no pueden ser restaurados con empastes debido a la pérdida severa de la estructura dura del diente, como resultado de caries o fractura. *Esto excluye la pérdida de la estructura del diente, fracturas y daños en los tejidos duros o blandos debido a desgaste, erosión, abrasión (deterioro), bruxismo y/o como resultado de un dispositivo usado en una perforación de la lengua o los labios. Las coronas y onlays son un beneficio cuando se proporcionan para pacientes a partir de los 12 años.* Se asignará beneficios para una corona premoldeada para los pacientes menores de 12 años.

A. Las coronas y onlays son un beneficio desde la fecha de servicio anterior en que se realizó por última vez este procedimiento en el mismo diente.
B. Las coronas y onlays son un beneficio solo cuando no se puede realizar ninguna otra forma de tratamiento profesional aceptable.
C. Las reconstrucciones de corona son un beneficio solo cuando es necesario para retener una restauración del molde debido a la pérdida extensa de la estructura del diente.
D. Las reconstrucciones de corona (con poste, adherido, o de poste y núcleo) son un beneficio en el intervalo indicado en el calendario de beneficios, a partir de la fecha en que este procedimiento se realizó por última vez en el mismo diente.
E. La reconstrucción de muñón con poste y núcleo no es un beneficio bajo una incrustación onlay.
F. Las carillas no son un beneficio cubierto, a menos que se indique en el Resumen de Beneficios. Si no se incluyen las carillas, se proporcionará un beneficio alternativo de una corona si se cumplen los criterios anteriores.
G. Las incrustaciones (en inglés, *inlays*) no son un beneficio cubierto, a menos que se indique en el Resumen de Beneficios. Si las incrustaciones no están incluidas, se proporcionará un beneficio alternativo de un empaste.

**Coronas premoldeadas**

Esto incluye:

A. Coronas premoldeadas para dientes primarios (de bebé).
B. Las coronas premoldeadas son un beneficio para los dientes permanentes.

**Endodoncia**

Se proporcionarán beneficios para los procedimientos necesarios para la terapia pulpar en los dientes primarios (pulpotomía) y el tratamiento de conducto radicular de la pulpa dental infectada (nervio) en los dientes permanentes.

A. Los beneficios de endodoncia como se describe arriba se asignan una vez por diente.
B. Los beneficios de los procedimientos endodónticos adicionales, como el retratamiento, son un beneficio en el intervalo indicado en la lista de beneficios, a partir de la fecha del último procedimiento para ese diente.
C. La fecha de servicio es la fecha en que se completa el tratamiento de conducto radicular.

**Periodoncia**

Se proporcionarán beneficios para el tratamiento de enfermedades de los tejidos que soportan los dientes (hueso gingival y/o alveolar). Los beneficios se proporcionan en el intervalo indicado en el Resumen de Beneficios, a partir de la fecha en que se realizó por última vez el procedimiento.

A. Desbridamiento bucal completo; puede ser intercambiado por una limpieza rutinaria, sin embargo, la limpieza difícil se limita a su propia limitación de frecuencia.
B. Mantenimiento periodontal (después del tratamiento periodontal activo); la frecuencia es intercambiable con las limpiezas rutinarias (se permite una limpieza de rutina o mantenimiento periodontal a la frecuencia indicada).
C. El alisado y raspado radicular periodontal, y otros tratamientos no quirúrgicos de la enfermedad de las encías, son un beneficio en el intervalo indicado en el calendario de beneficios, a partir de la fecha en que este procedimiento fue realizado por última vez en dientes o cuadrantes específicos.
D. El tratamiento periodontal quirúrgico es un beneficio en el intervalo indicado en el calendario de beneficios, a partir de la fecha en que este procedimiento fue realizado por última vez en esos dientes o cuadrantes específicos.

**Servicios de Prótesis Dentales**
**Aparatos removibles y fijos**

La fecha de servicio para un **aparato removible (extraíble) es la fecha de entrega.**
La fecha de servicio para un **aparato fijo es la fecha de colocación.**

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

A. Ajustes a las dentaduras completas o parciales se limitan a 2 ajustes por dentadura, por 12 meses (después de que hayan transcurrido 6 meses desde la colocación inicial de la dentadura).
B. Las dentaduras postizas, los parciales removibles y los puentes fijos son un beneficio de la fecha en que este procedimiento se realizó por última vez, en el intervalo indicado en la lista de beneficios.
C. El reforrado (en inglés, *reline*) y la reparación de base son un beneficio de la fecha en que este procedimiento fue realizado por última vez.
D. La dentadura parcial temporal (de aleta) (en inglés, *flipper*) para el reemplazo de cualquier de los dientes anteriores permanentes es un beneficio una vez en la vida, por arco.
E. Una prótesis fija no es un beneficio para los menores de 16 años.
F. Beneficios de implantes
    i. Los procedimientos de implante (cuerpo y pilar del implante) serán beneficiados para reemplazar un solo diente faltante.
    *La corona soportada por implante está sujeta a la limitación de frecuencia de las coronas. Vea la sección "Coronas y Onlays" de este folleto.*

**Procedimientos de cirugía oral y maxilofacial**
Se proporcionarán beneficios para las extracciones.

La atención posterior al tratamiento para las extracciones se considera parte del procedimiento realizado y no se proporciona un beneficio separado.

**Anestesia general y sedación/analgesia intravenosa**
Los beneficios para la anestesia general y la sedación/analgesia intravenosa solo se proporcionarán si se cumplen las siguientes condiciones. Es decir:

A. realizado por un dentista autorizado por licencia para realizar anestesia general;

B. administrado en un consultorio dental;
C. cuando se realiza juntamente con extracciones quirúrgicas cubiertas (excluidas las extracciones de rutina y la eliminación de restos coronales);
D. necesario debido a condiciones médicas concurrentes, (es decir, problemas neurológicos de control motor) y documentado por un médico.
E. no para la ansiedad general o el manejo del comportamiento.

**Tratamiento paliativo de emergencia**
Tratamiento de emergencia para el alivio del dolor.

El tratamiento paliativo no está cubierto si el tratamiento definitivo se realiza para el mismo problema en la misma fecha. El examen y las radiografías no se consideran un alivio del dolor.

**Necesidades especiales de atención médica**
Los miembros diagnosticados con "necesidades especiales de atención médica" (como se define a continuación) que perjudican significativamente la capacidad del Miembro para recibir servicios dentales rutinarios cubiertos, pueden ser elegibles para servicios adicionales, incluyendo:

- Visitas, consultas y/o exámenes adicionales
- Hasta cuatro limpiezas dentales totales por año de beneficio
- Adaptaciones en la prestación del tratamiento, que podrían incluir anestesia limitada, cuando sea necesario para que el personal dental proporcione atención de salud oral.

Una "necesidad especial de atención médica" incluye cualquier necesidad física, de desarrollo, mental, sensorial, conductual, deterioro cognitivo o emocional o condición limitante que requiera la gestión médica, intervención de atención médica y/o el uso de servicios o programas especializados. La condición puede ser congénita, de desarrollo, o una lesión provocada por enfermedad, trauma o causa ambiental y debe limitar la capacidad de realizar actividades diarias de cuidado personal, o cause limitaciones sustanciales en una actividad importante de la vida.

Las necesidades especiales de atención médica pueden incluir:

- Discapacidades intelectuales y del neurodesarrollo
- Lesiones ambientales o congénitas que conducen a la discapacidad
- Anormalidades cromosómicas
- Síndromes o secuencias con anormalidades craneofaciales o de las vías respiratorias
- Otras secuencias que requieren atención especial de cuidado dental
- Cualquier otro síndrome, secuencia o anormalidad que no se especifique de otra manera, pero que tenga un efecto perjudicial significativo en las actividades de la vida diaria y/o requiera adaptaciones significativas en el hogar y/o en los entornos de cuidado

Las necesidades especiales de atención médica no incluyen la ansiedad, depresión o el temor a los dentistas o tratamiento dental (odontofobia).

Al evaluar si usted califica para este beneficio para necesidades especiales de atención médica, su dentista determinará si necesita cambiar o agregar nuevo equipo, aumentar el tiempo para realizar el procedimiento, y/o cambiar o requerir regímenes terapéuticos y/o técnicas adicionales para rendir el tratamiento. Al hacer la evaluación, su dentista puede pedirle documentación que demuestre la necesidad especial de atención médica. Su dentista nos enviará la documentación requerid, y haremos la determinación si usted califica para este beneficio. No hay límite de edad para el beneficio de necesidades especiales de atención médica.

## Limitaciones Generales: Todos Los Servicios

A. Si una persona elegible con una condición cubierta seleccione un servicio que no se proporciona bajo los términos de este folleto de cobertura dental, o si seleccione técnicas especializadas en lugar de los servicios dentales tipo estándar, Delta Dental pagará el porcentaje aplicable de la cuota permitida para el servicio dental estándar cubierto y el paciente es responsable de la diferencia entre lo que Delta Dental pagó y la cuota del dentista.
B. Los procedimientos pre- y postoperatorios se consideran parte de cualquier servicio cubierto asociado. El beneficio se limitará al monto cubierto por los servicios cubiertos.
C. La anestesia local se considera un componente de cualquier procedimiento en el que se utiliza.
D. Un servicio dental temporal se considerará una parte integral de un servicio completo en lugar de un servicio separado, y no se realizará un pago separado por un servicio temporal a menos que se incluya lo contrario como un servicio cubierto de esta póliza.
E. Si una persona cubierta transfiere del cuidado de un dentista al de otro dentista durante un curso de tratamiento, Delta Dental no pagará más de la cantidad que habría pagado si solo un dentista hubiera

prestado todos los servicios dentales durante cada curso de tratamiento. Delta Dental no pagará por duplicación de servicios dentales.

F. Aún si su dentista le haya recetado, recomendado o proporcionado el servicio, esto no implica necesariamente que el procedimiento sea elegible para beneficios, aunque no esté expresamente excluido en este folleto de cobertura dental. Independientemente de la necesidad dental o médica, no todos los tratamientos y servicios recomendados o realizados por su dentista son beneficios cubiertos.
G. Si usted o cualquier de sus dependientes haya recibido servicios gratuitos por, o a través de, un programa público, Delta Dental coordinará los beneficios basados en la documentación presentada.
H. Cuando se concede una prestación alternativa, el procedimiento alternativo permitido está sujeto a los plazos del procedimiento beneficiado.
I. Cuando se beneficia un procedimiento, y luego se realiza un nuevo servicio en el mismo diente, está sujeto a las limitaciones de tiempo del servicio anterior; por lo tanto, los beneficios se reducirán en el nuevo servicio.
J. Las tarifas de esterilización se consideran un componente de cualquier procedimiento en el que se utiliza.
K. Si un servicio cubierto está sujeto a un período de espera de beneficios y el tratamiento comienza antes de la finalización del período de espera de beneficios, no se permite ningún beneficio.

## Exclusiones

A. Cualquier servicio o procedimiento que no esté descrito como un beneficio del Resumen de Beneficios o incluido en el Folleto de Cobertura Dental.
B. Lesiones o condiciones cubiertas bajo las leyes de indemnización laboral (en inglés, *Workers' Compensation*) o responsabilidad del empleador; los servicios proporcionados por cualquier agencia gubernamental; o cualquier servicio que se proporcione gratuitamente, excepto en virtud del Título XIX de la Ley del Seguro Social.
C. Cualquier servicio dental para tratar lesiones o enfermedades provocadas por cualquier forma de desobediencia civil o acto criminal, o cualquier lesión infligida intencionalmente.
D. Servicios dentales y quirúrgicos con respecto a la cirugía cosmética u odontología por razones puramente cosméticas, incluyendo el trabajo cosmético realizado en dentaduras postizas.
E. Un servicio o procedimiento que generalmente no es aceptado por la Asociación Dental Americana y las políticas de procesamiento de Delta Dental o que no se realiza de acuerdo con las leyes del Estado de Arizona; servicios proporcionados por alguien que no sea un dentista o higienista autorizado empleado por un dentista; o servicios realizados para tratar cualquier condición, que no sea una enfermedad oral o dental, malformación, anormalidad o condición como se explica. Esto incluye todo lo que Delta Dental determine que no es necesario para tratar una condición, enfermedad o lesión dental.
F. Un método de tratamiento más costoso de lo que se proporciona habitualmente. Los beneficios se basarán en el método de tratamiento profesionalmente aceptado menos costoso. Usted debe pagar el resto de los honorarios del dentista si se selecciona un procedimiento dental más costoso.
G. Técnicas especializadas que incluyen pero no se limitan a metales preciosos para aparatos removibles, accesorios de precisión para dentaduras parciales o puentes, sobredentaduras, revestimientos (en inglés, *overlays*), implantología, así como procedimientos y aparatos asociados con los procedimientos anteriores, además de personalización y caracterización.
H. Cobros por cualquier cuidado de salud no cubierto específicamente bajo este plan, incluyendo cargos hospitalarios, cargos por medicamentos recetados, y cuotas o cargos de laboratorio.
I. Analgésicos como el óxido nitroso, la sedación consciente, medicamentos eufóricos o inyecciones.
J. Procedimientos, aparatos o restauraciones que sean necesarios para alterar, restaurar o mantener la oclusión, incluyendo pero no limitado a: alteración de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste, erosión, desgaste por abrasión o bruxismo, realineación de dientes, férulas periodontales, aplicación de férulas, impresiones gnatológicas, equilibrio oclusal, los aparatos para morder o los aparatos para corregir hábitos dañinos y/u otros daños a los tejidos duros o blandos como resultado de un aparato usado en la lengua o perforación de labios no es un beneficio cubierto.
K. Dentaduras postizas temporales, distintas de las previstas en el Resumen de Beneficios.
L. Procedimiento directo de diagnóstico o tratamiento quirúrgico y no quirúrgico, aplicado a las articulaciones o músculos del cuerpo, articulación temporomandibular (ATM) o disfunción temporomandibular (DTM).
M. Delta Dental no pagará por lo siguiente: cualquier reclamación presentada más de 12 meses a partir de la fecha de servicio, o 12 meses después de la terminación de la póliza, lo que ocurra primero, o cualquier ajuste a reclamaciones recibidas anteriormente, incluyendo la presentación de información adicional,

presentada más de 12 meses a partir de la fecha de pago inicial o la fecha de emisión inicial de la información solicitada.

N. Procedimientos experimentales o transitorios u otros tratamientos que aún están bajo investigación u observación.
O. Segundas opiniones.
P. Cobros por las citas perdidas.
Q. Problemas de manejo de pacientes.
R. Cargos por completar formularios de reclamación.
S. Instrucciones de cepillado y uso del hilo dental, consejería nutricional y uso de tabaco.
T. Cualquier servicio dental realizado o iniciado antes de que esta póliza entrara en vigor.
U. Cualquier servicio dental realizado o iniciado después de que esta póliza termine.
V. Duplicado o reemplazo de aparatos dentales perdidos, robados o dañados incluyendo, pero no limitado a, dentaduras postizas completas o parciales, mantenedores de espacio, coronas o dentaduras parciales fijas (puentes).

## Quién Es Elegible Para La Cobertura

Si usted es un residente de Arizona, mayor de 18 años, sin ningún otro seguro individual activo que cubra los procedimientos dentales, puede comprar esta póliza.

También puede incluir a las siguientes personas bajo su póliza:

A. Su cónyuge legal;
B. Sus dependientes legales, casados o solteros. Los dependientes incluyen niños recién nacidos, hijastros, personas bajo tutela legal confirmada por una orden judicial, niños legalmente adoptados y niños colocados para adopción con usted de acuerdo con la ley estatal o federal aplicable.

**Cobertura para un niño recién nacido/adoptado**

Si usted se inscribe y tiene cobertura familiar, un niño recién nacido está cubierto al nacer. Si adopta a un niño, la cobertura comienza el primero del mes siguiente a la fecha en que el niño es adoptado, colocado para adopción, o el día de la orden final de concesión de adopción, lo que ocurra primero.

Si usted no tiene cobertura familiar y tiene nuevos dependientes debido al nacimiento, la adopción, colocación para cuidado de crianza, o colocación para adopción, debe completar una solicitud dentro de los 31 días para que se agreguen a la póliza en la fecha en que se convirtieron en su dependiente. También se puede ser agregar a otros dependientes que no estén cubiertos por la póliza. Si hay un cambio en la prima, se le facturará por dicho(s) dependiente(s) agregado(s) a partir de la fecha de vigencia.

**Agregar o eliminar dependientes**

Si no incluyó a su cónyuge o dependientes en el momento en que se inscribió, pueden agregarse en la fecha de aniversario de la póliza y debe notificarnos de cualquier cambio necesario. Se le facturará por el dependiente(s) agregado(s) en la factura inmediatamente después de la fecha de aniversario de la póliza.

Si usted tiene algún nuevo dependiente debido al matrimonio, debe notificarnos dentro de los 31 días para que se agregue a la póliza el primer día del mes siguiente al día en que se convirtió en su dependiente. Otros dependientes que no estén cubiertos por la póliza también pueden ser agregados. Si hay un cambio en la prima, se le facturará por el dependiente(s) agregado(s) a partir de la fecha de vigencia.

Si desea excluir a su cónyuge o dependientes, pueden ser excluidos de su póliza en la fecha de aniversario. Debe notificarnos cualquier cambio dentro de su período de renovación. También puede excluir a su cónyuge o dependientes dentro de los 31 días de un evento calificador. Usted debe notificarnos de cualquier cambio dentro de este período de tiempo.

## Primas: El Precio Que Usted Paga

Sus tarifas de prima se mostrarán en la página 1 de esta póliza dental. El primer mes de prima se debe pagar junto con su solicitud de inscripción completada. Puede pagar las primas mensual o anualmente. Ese tiempo se llama un “período de prima”. Las primas mensuales deben configurarse para pagar a través de Transferencia electrónica de fondos (EFT por sus siglas en inglés) o tarjeta de crédito, y se retirarán automáticamente de su cuenta el día 5 de cada mes. Si su cargo es rechazado, usted tiene un período de gracia de 31 días para hacer un pago. Si, al final del período de gracia, su cuenta aún está atrasada, cancelaremos su cobertura. Los pagos anuales también se pueden hacer a través de cheques en papel.

Cualquier cambio en la prima debido a cambios en la categoría de edad se ajustará en la fecha de renovación de su póliza.

Delta Dental puede cambiar las tarifas y/o beneficios bajo esta póliza en la fecha de renovación de esta póliza. Se le proporcionará aviso de los cambios en el plan de beneficios y las tarifas 45 días antes de la fecha de aniversario de la póliza.

Esta póliza es válida por 12 meses. Cuando usted compra esta póliza, usted se compromete a mantenerla en vigor durante al menos 12 meses, comenzando con la fecha de vigencia de la póliza como se muestra en la página de declaración. Después de eso, puede renovar esta póliza por otro período de 12 meses bajo las siguientes circunstancias: si estamos de acuerdo, si sigue siendo elegible, y si las primas se pagan de acuerdo con el procedimiento descrito anteriormente.

**Período de gracia en el pago de primas**
Se le concederá un período de gracia de 31 días para pagar la prima. Todavía tiene cobertura durante el período de gracia. Si no paga su prima dentro del período de gracia, perderá la cobertura en el último día del período de gracia. Usted debe pagar la cobertura proporcionada durante el período de gracia.

**Restablecimiento de la póliza**
Si cancelamos esta póliza por falta de pago de la prima y aceptamos un pago de la prima de usted dentro de los 6 meses posteriores a la fecha en que la póliza fue terminada, restableceremos esta póliza. La fecha efectiva será la fecha en que aceptamos la prima.

Una vez que restablezcamos esta póliza, no cubriremos ningún servicio dental realizado entre la fecha en que se canceló la póliza y la fecha en que se restableció. En todos los demás aspectos, trataremos su póliza de reinstalación como si nunca hubiera sido terminada, a menos que le revelemos alguna disposición especial en relación con la reincorporación.

**Estimación de pagos y planes de tratamiento**
Después de un examen, su dentista puede recomendar un plan de tratamiento. Si el plan incluye coronas, implantes, puentes fijos, o dentaduras postizas parciales o completas, y usted se pregunta qué costará el tratamiento, pida a su dentista que envíe el plan de tratamiento, con rayos X, a Delta Dental.

Después de recibir el plan de tratamiento, estimaremos cuánto pagará cada uno de nosotros, y le enviaremos a usted y a su dentista una estimación. Si tiene alguna pregunta sobre la estimación, llámenos al 800-894-2961.

Antes de comenzar el plan de tratamiento, usted y su dentista deben consultar sobre el plan, la cantidad que Delta Dental pagará y cómo se pagará el saldo.

**Coordinación de beneficios**
Delta Dental coordina los beneficios bajo este programa con usted o los beneficios de sus dependientes bajo cualquier otro programa de cuidado administrado o póliza de seguro. Los beneficios bajo uno de los dos programas pueden reducirse para que su cobertura combinada no exceda la cantidad máxima reembolsable o la tarifa permitida por el dentista fuera de la red para el servicio cubierto. Si se determina que este plan individual es el seguro “primario”, Delta Dental no reducirá la cantidad de beneficios, pero si el otro programa es el seguro primario, Delta Dental puede reducir la cantidad de beneficios. La reducción será la cantidad pagada bajo los términos del seguro primario si excede la cantidad máxima reembolsable de Delta Dental. Consulte el Resumen de Beneficios para los servicios cubiertos.

## Presentación De Reclamaciones

Para presentar una reclamación con Delta Dental, muestre su tarjeta de identificación (ID) o proporcione su número de ID a la oficina de su dentista. Usted o su dentista deben presentar su reclamación con nosotros dentro de los 90 días de visitar al dentista.

Le diremos lo que pagaremos, en lo que es una Explicación de Beneficios, dentro de los 30 días de recibir su reclamo, a menos que circunstancias especiales requieran más tiempo. Si necesitamos más información, le enviaremos un aviso dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de su reclamo para informarle. Si rechazamos una reclamación, la explicación de beneficios le indicará la razón y mostrará cualquier información adicional que podamos necesitar. Las reclamaciones deben presentarse dentro de los 12 meses posteriores a un procedimiento para que Delta Dental las considere para el pago.

**Procedimiento dental incurrido**
Se realiza un procedimiento dental en la fecha en que se completa. Delta Dental paga al completar un procedimiento. Las dentaduras y puentes removibles se consideran completos cuando se colocan en la boca de un paciente. Las dentaduras y coronas parciales fijas se consideran completas cuando están cementadas. Los tratamientos de conducto radicular se completan en la fecha en que los canales se llenan permanentemente. La fecha de finalización debe figurar en la reclamación.

**Disposiciones exigidas por la ley**
Antes de aprobar una reclamación, Delta Dental puede recibir cualquier información y registros de una persona

cubierta permitidos por la ley que puedan ser necesarios para procesar la reclamación y mantendrá confidencial dicha información y registros. La divulgación de información se realiza solo para facilitar la cobertura y de acuerdo con las leyes estatales y federales. Si usted desea autorizar a alguien a tener acceso a la información, debe darnos una solicitud por escrito, enviando un formulario de autorización para divulgar información. Por favor llame al 800-894-2961 para solicitar un formulario.

Bajo la ley de Arizona, ambos progenitores (madre/padre) tienen los mismos derechos de acceso a la información sobre sus hijos, a menos que exista una orden judicial que niegue dicho acceso. A falta de una copia de dicha orden, y sujeto a las disposiciones de confidencialidad descritas anteriormente, Delta Dental proporciona igual acceso a la información por parte de los progenitores.

## Si Denegamos Su Reclamación

Si alguien cubierto por esta póliza hace una reclamación y la denegamos en parte o la totalidad, le daremos una notificación por escrito a usted, a la persona que hizo la reclamación, o al dentista que proporcionó el tratamiento. Nuestra decisión de reclamación se proporcionará en un formulario de explicación de beneficios.

Por lo general, damos aviso por escrito dentro de los 30 días. Si necesitamos más tiempo, le diremos a usted, o a la persona que hizo la reclamación, y al dentista. Si necesitamos más información, le enviaremos un aviso dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de su reclamo para informarle.

**Proceso de apelación de reclamaciones**

Usted o su proveedor de tratamiento pueden presentar una apelación en su nombre. Delta Dental proporciona un formulario en el Paquete de Apelaciones que puede usar. Usted no está obligado a utilizar el formulario; se acepta una carta con la misma información. Si decide apelar una decisión de denegar la autorización o el pago de un servicio, debe informarle a su proveedor de tratamiento para que el proveedor pueda ayudarle con la información que necesita para presentar su caso.

El proceso para una apelación se describe en detalle en el Paquete de Apelaciones, un documento separado, que se le proporciona cuando se convierte en suscriptor titular de la póliza. Puede solicitar otra copia del Paquete de Apelaciones en nuestro sitio web en www.deltadentalaz.com/appeals o por llamar al 800-894-2961 para solicitar un formulario.

**Descripción del proceso de apelación**

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

| **Apelaciones aceleradas** (para servicios urgentemente necesarios que aún no haya recibido) | **Apelaciones estándar** (para servicios no urgentes o reclamaciones denegadas) |
|---|---|
| Nivel 1: Revisión médica acelerada | Reconsideración informal[1] |
| Nivel 2: Apelación acelerada | Apelación formal |
| Nivel 3: Examen externo independiente acelerado | Revisión médica independiente externa |

Tomamos las decisiones para el Nivel 1 y el Nivel 2. Un revisor externo, que es completamente independiente de nuestra empresa, toma decisiones de Nivel 3. Usted no es responsable de pagar los costos de la revisión externa si decide apelar al Nivel 3.

Por favor lea la información en su Paquete de Apelaciones para detalles sobre sus derechos y responsabilidades durante el proceso de apelación. Estos incluirán los procedimientos que Delta Dental y usted debe seguir cuando participe en el proceso de apelación, el período de tiempo aplicable en cada nivel de apelación, si su solicitud de apelación debe ser por escrito y las notificaciones que recibirá de Delta Dental con respecto a su apelación.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso y los procedimientos de apelación, comuníquese con Delta Dental a los números enumerados en su Paquete de Apelaciones. Para obtener ayuda adicional con preguntas relacionadas con el proceso de apelación, puede comunicarse con la Sección de Servicios al Consumidor del Departamento de Seguros e Instituciones Financieras de Arizona.

[1]Delta Dental no proporciona reconsideración informal de una reclamación denegada; nuestro proceso de apelación comienza en el nivel de apelación formal.

## Terminación De Esta Póliza

**Terminación a plazo medio por parte del suscriptor titular de la póliza**
Cuando usted compra esta póliza, se compromete a mantenerla en vigor durante al menos de 12 meses. Puede rescindir esta póliza antes solo por las siguientes razones:

A. Usted gana cobertura bajo un plan dental grupal. Si cualquier otra persona cubierta bajo esta póliza queda cubierta bajo un plan de grupo, puede cancelar sin terminar la póliza completa.

B. Usted entra a tiempo completo en el servicio militar de los Estados Unidos. Si una persona cubierta bajo esta póliza, que no sea usted, entra en servicio militar, su cobertura puede ser terminada sin terminar la póliza completa.

Si alguno de los eventos anteriores ocurrió, y usted desea que cancelemos su seguro dental, debe informarnos por escrito (ya sea electrónicamente o por correo postal) al menos 31 días antes de la fecha en que desea terminar. Si lo hace, le reembolsaremos su prima no utilizada.

En el caso de su muerte, cualquier otra persona cubierta bajo su póliza que cumpla con los estándares de elegibilidad puede optar por continuar la cobertura solicitando una nueva póliza. Si una persona cubierta, que no sea usted, fallezca, usted puede cancelar su cobertura sin terminar toda la póliza.

**Terminación a plazo medio por parte de Delta Dental**
Podemos terminar su póliza antes de su renovación anual por las siguientes razones:

A. Usted no paga la prima cuando es debido.
B. Usted o un dependiente cubierto comete fraude o miente acerca de algo que tiene que ver con su seguro dental.
C. Alguien que no sea usted o un dependiente cubierto usa su seguro dental.
D. Usted o un dependiente cubierto no cumple con la póliza o ya no son elegibles.

Si cancelamos su seguro dental, le reembolsaremos su prima no utilizada.

**Continuación de la cobertura para dependientes**
Si esta póliza se rescinde por una razón que no sea el impago de las primas, los otros miembros de la familia cubiertos por esta póliza tienen derecho a continuar la cobertura bajo esta póliza o una póliza similar, siempre que cumplan con los requisitos de elegibilidad. Deben enviarnos una solicitud y pagar la prima dentro de los 31 días posteriores a la terminación.

**Notificación de no renovación**
Esta póliza se renovará automáticamente anualmente. Si no desea renovar esta póliza, envíenos una notificación por escrito (ya sea electrónicamente o por correo postal) antes de la fecha de renovación de la póliza. Si lo hace, esta póliza finalizará el último día antes de la fecha de renovación. Podemos no renovar esta póliza enviándole una notificación por escrito (ya sea electrónicamente o por correo postal) al menos 60 días antes de la fecha de renovación. Si lo hacemos, esta póliza terminará el último día antes de la fecha de renovación.

**Fecha efectiva de terminación**
Todo el seguro para usted y / u otras personas cubiertas bajo esta póliza se detiene en la fecha en que esta póliza se termina. Esa fecha es:

A. El día siguiente al período de gracia, si no se ha pagado la prima; o
B. El último día del mes que recibamos una solicitud de terminación de su parte, o cualquier fecha posterior indicada en su solicitud (si aprobamos esta fecha); o
C. El último día antes de la fecha de renovación si nosotros o usted no renovamos esta póliza; o
D. El último día del mes de la fecha de su fallecimiento; o
E. El último día del mes de la fecha de defunción de una persona cubierta bajo esta póliza que no sea usted mismo, pero solo para esa persona; o
F. El último día de su período de póliza actual si se muda fuera de Arizona. Esto se aplica a cualquier persona cubierta bajo esta póliza.

Si su cobertura bajo esta póliza se cancela por cualquier motivo y no es restablecida por nosotros antes de la fecha de vencimiento de la cobertura, no puede inscribirse en otra póliza individual de Delta Dental durante 12 meses a partir de la fecha de terminación.

**Terminación por fraude**
Si alguien cubierto bajo esta póliza comete fraude o mienta acerca de algo que tiene que ver con su seguro dental,

podemos cancelar su cobertura de nuevo a su fecha de vigencia original. Si hacemos eso, le devolveremos la prima que nos pagó menos cualquier reclamación que pagamos y una tarifa de administración razonable. Si las reclamaciones que pagamos son más que la prima que pagó, debe pagarnos la diferencia.

**Responsabilidad de Delta Dental**
No somos responsables de ninguna atención real que reciba. Esta póliza no otorga a nadie ningún reclamo, derecho o causa de acción contra nosotros basada en lo que haga o no haga un proveedor, servicios, o suministros de cuidado dental.

## Notificaciones

Cualquier notificación a Delta Dental se debe enviar en forma escrita (ya sea electrónicamente o por correo postal). Se considera recibida la notificación cuando la envía a la dirección de correo electrónico que se muestra a continuación; cuando se entrega en persona; o cuando se envía por correo registrado o certificado por el servicio postal nacional (en inglés, *US Postal Service*) con recibo de devolución solicitado, franqueo adecuado prepagado, y debidamente dirigido a:

Delta Dental
ATTN: Individual Product Unit
P O Box 1950
Indianapolis, IN 46206
Correo electrónico: service@smilepoweraz.com

La información que se envía a usted se considerará suficiente si se envía a su última dirección física conocida o dirección de correo electrónico.

**Ley aplicable**
Esta póliza es emitida y entregada en el estado de Arizona y obedece sus leyes y regulaciones. Si entra en conflicto con cualquiera de las leyes y regulaciones de Arizona, automáticamente se ajustará a los requisitos mínimos del estado.

**Sin renuncia y divisibilidad**
Si no ejercemos ningún remedio o derecho bajo esta póliza, eso no afecta nuestra capacidad de ejercer ningún remedio o derecho en cualquier momento en el futuro.

**Póliza completa: Cambios**
Toda la póliza de seguro entre usted y nosotros consiste en este Folleto de Cobertura Dental, el Resumen de Beneficios, la Solicitud completada, y todos y cada uno de los avales y anexos.

Ninguna declaración oral de ninguna persona puede cambiar o afectar cualquier aspecto de esta póliza.

**Aviso de acción legal**
No se puede iniciar ninguna acción legal contra nosotros hasta al menos 60 días después de que se haya proporcionado la prueba de pérdida. No podrá interponerse ninguna acción de este tipo más de tres años después de la fecha anterior a:

A. La fecha en que Delta Dental recibió la prueba de pérdida, y
B. El final del período dentro del cual se requirió la prueba de la pérdida.

**Problemas con Su Seguro**
Si experimenta problemas con cualquier compañía de seguros o agente, comuníquese con ellos para resolver su problema. Puede comunicarse con Delta Dental a la siguiente dirección y número de teléfono:

Delta Dental
P O Box 1950
Indianapolis, IN 46206
800-894-2961

# Delta Dental Individual y Familia™

**Agave Plan**
**764**

Este plan es un plan Delta Dental PPO™ que aprovecha la red PPO. Aunque los miembros pueden acudir a cualquier dentista autorizado por licencia, tendrán los costos de bolsillo más bajos cuando visitan un dentista PPO.

- **Dentista Delta Dental PPO:** Estos dentistas dentro de la red acordaron aceptar un reembolso más bajo por los servicios para que los miembros ahorren la mayor cantidad de dinero.
- **Dentista Delta Dental Premier:** Estos dentistas dentro de la red también aceptan reembolsos con descuento por servicios, pero su descuento no es tan alto. A los miembros se les puede facturar la diferencia entre la cuota del dentista Delta Dental PPO y la cuota del dentista Delta Dental Premier.
- **Dentista fuera de la red:** Estos dentistas no han aceptado descontar sus cuotas para el servicio, por lo que los miembros que ven a un dentista fuera de la red tendrán los costos de bolsillo más altos. Los miembros son responsables de pagar la cuota completa cobrada por el dentista y pueden solicitar el reembolso según la tabla de cuotas aprobadas para los dentistas no participantes.

## RESUMEN DE BENEFICIOS

| DEDUCIBLE[1,2] | USTED PAGA |
|---|---|
| Por persona, por año de beneficios | $50 |
| **BENEFICIO MÁXIMO ANUAL[1]** | **DELTA DENTAL PAGA** |
| Por persona, por año de beneficios | $1.000 |

| Beneficios y Servicios Cubiertos[2] | Coaseguro[3] | Frecuencias y Limitaciones | |
|---|---|---|---|
| **Tipo 1: Servicios Preventivos** | **Delta Dental Paga[3]** | **Límite** | **Frecuencia** |
| Exámenes, evaluaciones o consultas | 90% | 2 | Año de beneficios |
| Limpiezas rutinarias | 90% | 2 | Año de beneficios |
| Aplicación tópica de fluoruro (menores de 16 años) | 90% | 1 | Año de beneficios |
| Mantenedores de espacio para los dientes primarios posteriores (de bebé) faltantes (menores de 14 años) | 90% | 1 | Por vida |
| Selladores: un tratamiento por diente para molares y bicúspides permanentes (menores de 15 años) | 90% | 1 | Período de 3 años[4] |
| **Tipo 2: Servicios Básicos** | **Delta Dental Paga[3]** | **Límite** | **Frecuencia** |
| Rayos X - Interproximales o verticales | 40% | 1 | Año de beneficios |
| Rayos X - Serie (boca) completa / Panorámico | 40% | 1 | Período de 5 años[4] |
| Extracciones simples | 40% | Sin límite | Sin límite |
| Empastes de amalgama (color plateado), por superficie dental | 40% | 1 | Período de 2 años[4] |
| Empastes compuestos (de color de diente), por superficie dental | 40% | 1 | Período de 2 años[4] |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tratamiento de emergencia (paliativo) para el alivio del dolor | 40% | Sin límite | Sin límite |
| Coronas prefabricadas de acero inoxidable; dientes primarios | 40% | 1 | Período de 2 años[4] |
| Mantenimiento periodontal (después del tratamiento periodontal activo); intercambiable con limpiezas rutinarias | 40% | 2 | Año de beneficios |
| **Tipo 3A: Servicios Mayores**<br>**(Se aplica un período de espera de 6 meses a estos servicios)[5]** | **Delta Dental Paga[3]** | **Límite** | **Frecuencia** |
| Tratamiento no quirúrgico de la enfermedad de las encías | 30% | 1 | Período de 2 años[4] |
| Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de las encías | 30% | 1 | Período de 3 años[4] |
| Tratamiento de conducto radicular por diente (dientes permanentes) | 30% | 1 | Por vida |
| Pulpotomía por diente (dientes primarios (de bebé)) | 30% | 1 | Por vida |
| Procedimientos endodónticos adicionales, como el retratamiento | 30% | 1 | Período de 3 años[4] |
| Extracciones quirúrgicas | 30% | Sin límite | Sin límite |
| Anestesia general y sedación/analgesia intravenosa | 30% | Sin límite | Sin límite |
| Reforrado y reparación de base; dentaduras postizas | 30% | 2 | Año de beneficios |
| Ajustes de dentaduras postizas | 30% | 2 | Período de 1 año[4] |
| Reparación de corona, puente y dentaduras; Reparación de tales aparatos a su estado original | 30% | Sin límite | Sin límite |
| **Tipo 3B: Servicios Mayores**<br>**(Se aplica un período de espera de 9 meses a estos servicios)[5]** | **Delta Dental Paga[3]** | **Límite** | **Frecuencia** |
| Restaurativo especial | 30% | 1 | Período de 5 años[4] |
| Implante, por diente | 30% | 1 | Período de 5 años[4] |
| Coronas de molde; onlays | 30% | 1 | Período de 5 años[4] |
| Coronas prefabricadas de acero inoxidable; dientes permanentes | 30% | 1 | Período de 5 años[4] |
| Puentes: no incluye puentes perdidos, extraviados o robados | 30% | 1 | Período de 5 años[4] |
| Dentaduras completas: no incluye dentaduras perdidas, extraviadas o robadas | 30% | 1 | Período de 5 años[4] |
| Dentaduras parciales: No incluye dentaduras perdidas, extraviadas o robadas | 30% | 1 | Período de 5 años[4] |

[1] Los montos deducibles y máximos anuales representan una combinación de todas las redes y no son acumulables.
[2] El deducible se aplica a todos los servicios. Delta Dental recomienda pedir una predeterminación (estimación previa al tratamiento) para cualquier servicio superior a $250.
[3] Este plan dental reembolsa todos los procedimientos basados en la cuota de Delta Dental PPO. Los dentistas Premier y fuera de la red pueden facturarle por cargos por encima de la cuota permitida de Delta Dental PPO. Como resultado, puede incurrir en mayores costos de bolsillo al visitar un dentista Premier o fuera de la red.
[4] El intervalo comienza con la última fecha de servicio.
[5] El período de espera puede ser exonerado si usted tenía cobertura bajo un plan anterior de PPO/Indemnidad con no más de 63 días de brecha en la cobertura.

Para información adicional sobre el plan, visite nuestro sitio web en www.deltadentalaz.com/member o llame al 800-894-2961

DELTA DENTAL®

## EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y EXTRAS DEL PLAN INDIVIDUAL

### Limitaciones generales: Todos los servicios

A. Si una persona elegible con una condición cubierta seleccione un servicio que no está provisto bajo los términos de esta póliza de cobertura dental, o si seleccione técnicas especializadas en lugar de los servicios dentales tipo estándar, Delta Dental pagará el porcentaje aplicable de la cuota permitida para el servicio dental estándar cubierto y el paciente es responsable de la diferencia entre lo que Delta Dental pagó y la cuota del dentista.

B. Los procedimientos pre- y postoperatorios se consideran parte de cualquier servicio cubierto asociado.
El beneficio se limitará al monto cubierto por los servicios cubiertos.

C. La anestesia local se considera un componente de cualquier procedimiento en el que se utiliza.

D. Un servicio dental temporal se considerará una parte integral de un servicio completo en lugar de un servicio separado, y no se realizará un pago separado por un servicio temporal a menos que se incluya lo contrario como un servicio cubierto de esta póliza.

E. Si una persona cubierta transfiere del cuidado de un (1) dentista al de otro dentista durante un curso de tratamiento, Delta Dental no pagará más de la cantidad que habría pagado si solo un (1) dentista hubiera prestado todos los servicios dentales durante cada curso de tratamiento. Delta Dental no pagará por los servicios dentales repetidos.

F. Aún si su dentista le haya recetado, recomendado o proporcionado el servicio, esto no implica necesariamente que el procedimiento sea elegible para beneficios, aunque no esté expresamente excluido en esta póliza de cobertura dental. Independientemente de las necesidades dentales o médicas, no todos los tratamientos y servicios recomendados o realizados por su dentista son beneficios cubiertos.

G. Si usted o cualquier de sus dependientes haya recibido servicios gratuitos por, o a través de, un programa público, Delta Dental coordinará los beneficios basados en la documentación presentada.

H. Cuando se concede una prestación alternativa de algún beneficio, el procedimiento alternativo permitido está sujeto a los plazos del procedimiento beneficiado.

I. Cuando se beneficia un procedimiento, y luego se realiza un nuevo servicio en el mismo diente, está sujeto a las limitaciones de tiempo del servicio anterior; por lo cual, los beneficios se reducirán en el nuevo servicio.

J. Las tarifas de esterilización se consideran un componente de cualquier procedimiento en el que se utiliza.

K. Si un servicio cubierto está sujeto a un período de espera de beneficios y el tratamiento comienza antes de la finalización del período de espera, no se permite ningún beneficio.

### Exclusiones

A. Cualquier servicio o procedimiento que no esté descrito como un beneficio de este Resumen de Beneficios o incluido en el Folleto de Cobertura Dental, incluyendo la Ortodoncia.

B. Lesiones o condiciones cubiertas bajo las leyes de Indemnización laboral (en inglés, *Workers' Compensation*) o responsabilidad del empleador; los servicios proporcionados por cualquier agencia gubernamental; o cualquier servicio que se proporcione gratuitamente, excepto en virtud del Título XIX de la Ley del Seguro Social.

C. Cualquier servicio dental para tratar lesiones o enfermedades provocadas por cualquier forma de desobediencia civil o acto criminal, o cualquier lesión infligida intencionalmente.

D. Servicios dentales y quirúrgicos con respecto a la cirugía cosmética u odontología por razones puramente cosméticas, incluyendo el trabajo cosmético realizado en dentaduras postizas.

E. Un servicio o procedimiento que generalmente no es aceptado por la Asociación Dental Americana y las políticas de procesamiento de Delta Dental o que no se realiza de acuerdo con las leyes del Estado de Arizona; servicios proporcionados por alguien que no sea un dentista, o higienista autorizado empleado por un dentista; o servicios realizados para tratar cualquier condición que no sea una enfermedad oral o dental, malformación, anormalidad o condición como se explica. Esto incluye todo lo que se determine (por Delta Dental) que no es necesario para el tratamiento de una condición, enfermedad o lesión dental.

F. Un método de tratamiento que es más costoso de lo que se proporciona habitualmente. Los beneficios se basarán en el método de tratamiento profesionalmente aceptado menos costoso.

G. Técnicas especializadas que incluyen pero no se limitan a metales preciosos para aparatos removibles, accesorios de precisión para dentaduras parciales o puentes, sobredentaduras, revestimientos (en inglés, *overlays*), implantología, así como procedimientos y aparatos asociados con los procedimientos anteriores, además de la personalización y caracterización.

H. Cobros por cualquier cuidado de salud no cubierto específicamente bajo este plan, incluyendo cargos hospitalarios, cargos por medicamentos recetados, y cuotas o cargos de laboratorio.

I. Analgésicos como el óxido nitroso, la sedación consciente, medicamentos eufóricos o inyecciones.

J. Procedimientos, aparatos o restauraciones que son necesarios para alterar, restaurar o mantener la oclusión, incluyendo pero no limitado a: alteración de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste, erosión, desgaste por abrasión o bruxismo, realineación de dientes, férulas periodontales, aplicación de férulas, impresiones gnatológicas, equilibrio oclusal, los aparatos para morder o los aparatos para corregir hábitos dañinos y/u otros daños a los tejidos duros o blandos como resultado de un aparato usado en la lengua o perforación de labios no es un beneficio cubierto.

K. Dentaduras temporales, distintas de las previstas en el presente Resumen de Beneficios.

L. Procedimiento directo de diagnóstico o tratamiento quirúrgico y no quirúrgico, aplicado a las articulaciones o músculos del cuerpo, articulación temporomandibular (ATM) o disfunción temporomandibular (DTM).

M. Delta Dental no pagará por lo siguiente: cualquier reclamación presentada más de doce (12) meses a partir de la fecha de servicio, o doce (12) meses después de la terminación de la póliza, lo que ocurra primero, o cualquier ajuste a las reclamaciones recibidas anteriormente, incluyendo la presentación de información adicional, presentada más de doce (12) meses a partir de la fecha de pago inicial o fecha de emisión de la información solicitada.

## Información adicional

A. Para una lista completa de exclusiones, consulte el Folleto de Cobertura Dental.

B. El Resumen de Beneficios, junto con su Folleto de Cobertura Dental, el Paquete de Apelaciones y la Solicitud de Inscripción constituyen su Póliza completa de Cobertura Dental.