DELTA DENTAL®

DeltaVision®
administered by EyeMed

DeltaVision – Un Plan de Beneficios de Visión de Delta Dental de Arizona
14850 N. Scottsdale Road, Suite 400
Scottsdale, AZ 85245

Esta póliza de seguro de visión 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 las empresas, First American Administrators, Inc. y Renaissance Life & Health Insurance Company of America. Ciertos servicios de administración de redes se proporcionan a través de EyeMed Vision Care, LLC.

Esta póliza de visión debe leerse junto con el Resumen de los servicios cubiertos. El Resumen de servicios cubiertos incluido en esta póliza, es un resumen de los beneficios para su póliza de visión con Delta Dental of Arizona (en lo sucesivo, Delta Dental). Los beneficios están sujetos a todas las disposiciones, términos y condiciones de la póliza.

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 mensual o anualmente. <<monthly, annually>>.

Categoría de edad	Vision 200
0-2 años	$0.00
Mayores de 3 años	$11.57

Términos clave y detalles en letra pequeña que necesita saber
"Usted" y "Su" 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.

"Miembro" se refiere a usted y sus dependientes cubiertos.

Esta póliza de visión, junto con el Resumen de Servicios Cubiertos, la Solicitud de Inscripción y el Paquete de Apelaciones constituye la póliza de visión completa.

Esta póliza de visión, que describe las provisiones de beneficios, reemplaza a cualquier otra póliza de visión emitida a usted en una fecha anterior.

Esta póliza de visión 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.

Esta póliza cubre solo lo que dice que cubre. Esto es cierto incluso si el servicio no está expresamente excluido en esta póliza de visión. Esta póliza describe los servicios cubiertos; todo lo demás no está cubierto, independientemente de que esté o no enumerado como "no cubierto".

A cada miembro inscrito se le enviará un kit de inscripción directamente desde EyeMed Visión Care a la dirección indicada en la solicitud de inscripción. El kit de inscripción incluirá tarjetas de identificación, información sobre los beneficios, y una lista de proveedores contratados de la red, Advantage Network en su área. Puede obtener tarjetas de identificación adicionales, buscar información sobre beneficios, y ver el listado de proveedores con registrarse en el sitio web de miembros de EyeMed en www.eyemedvisioncare.com o por llamar al departamento de Atención al Cliente de EyeMed al 1-866-393-3401.

Aviso de Derecho a Examinar la Póliza por Diez Días
Delta Dental le insta a leer esta póliza cuidadosamente y confía en que al hacerlo comprenderá completamente, y estará satisfecho con, su cobertura. Sin embargo, si surgen preguntas o se desea información, no dude en consultar al agente vendedor o a Delta Dental. Además, si la política por cualquier razón no es satisfactoria, al entregarla dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción a nuestra oficina en P.O. Box 1950, Indianápolis, EN 46206 o al agente vendedor, su prima de visión completa será reembolsada, y la póliza será cancelada y considerada nula y como nunca está en vigor y efecto.

Gracias por elegir Delta Dental para su cobertura de visión. Si podemos ser de más ayuda, por favor no dude en comunicarse al 800-294-2961.

Renovación sujeta al consentimiento de la Empresa

DeltaVision

Servicios Cubiertos, Información y Disposiciones de la Póliza

Índice de Contenidos

Resumen de Servicios Cubiertos.....3

Exclusiones del Plan 5

Disposiciones de la Póliza..... 5

Disposiciones de Elegibilidad.....7

Disposiciones Generales.....8

Disposiciones sobre el Pago de las Reclamaciones..9

Resumen de Servicios Cubiertos

El reembolso de los servicios de cuidado de la vista está sujeto a los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de esta póliza. La póliza de visión proporciona beneficios a los miembros elegibles para los servicios de visión cubiertos, realizados de acuerdo con las leyes de Arizona y completados por una persona autorizada por licencia para realizar dichos servicios.

Proveedor Dentro de la Red: al obtener servicios de cuidado de la vista de un proveedor dentro de la red (en inglés, *In-Network*), se le pedirá que pague al proveedor los montos del "Costo al Miembro Dentro de la Red" que se muestran a continuación en el momento de los servicios. No se le pedirá que envíe un formulario de reclamación cuando obtenga servicios de un proveedor dentro de la red.

Proveedor Fuera de la Red: al obtener servicios de cuidado de la vista de un proveedor fuera de la red (en inglés, *Out-of-Network*), se le pedirá que pague todos los cargos facturados al proveedor en el momento de los servicios, a menos que su proveedor acepte una asignación de sus beneficios pagaderos directamente de nosotros, en cuyo caso usted le deberá al proveedor la diferencia entre la cantidad que pagamos y los cargos facturados. El reembolso, ya sea directamente a usted o a su proveedor fuera de la red por los servicios cubiertos, se limita a los montos de "Reembolso Fuera de la Red" que se muestran a continuación.

Servicios de Cuidado de la Vista	Costo al Miembro Dentro de la Red	Reembolso Fuera de la Red
Examen con dilatación según sea necesario	Copago $0	$30
Beneficio de fotografía del fondo ocular	Hasta $39	N/A
Opciones de examen: Ajuste y seguimiento de lentes de contacto tipo estándar: Ajuste y seguimiento de lentes de contacto tipo premium:	Hasta $40 Descuento de 10% en el Precio de Venta al Público (PVP)	N/A N/A
Monturas: Cualquier montura disponible en la ubicación del proveedor	Copago $0; Beneficio de $130, Descuento de 20% al saldo que excede $130	$65
Cristales tipo estándar de plástico: Monofocal Bifocal Trifocal Lenticular Progresivos Estándar Progresivos Premium	 Copago $10 Copago $10 Copago $10 Copago $10 Copago $70 Copago $70, 80% del cargo menos el beneficio de $120	 $25 $40 $55 $55 $40 $40

Opciones de cristales: Tratamiento UV Tinte (Sólidos y Degradados) Revestimiento anti-rayas, tipo estándar plástico Policarbonato estándar – Adultos Policarbonato estándar - Niños menores de 19 años Revestimiento anti-reflejos, tipo estándar Revestimiento anti-reflejos, tipo premium Polarizado Otros complementos	 $12 $12 $12 $35 $35 $40 80% del cargo Descuento de 30% en el PVP Descuento de 30% en el PVP	 N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A N/A
Lentes de contacto: *(La asignación de lentes de contacto incluye solo materiales)* Convencionales Descartables Necesarias por razones médicas	 Copago $0, Beneficio de $130, Descuento de 15% al saldo que excede $130 Copago $0; Beneficio de $130, más el balance que excede $130 Copago $0, pagado en su totalidad	 $104 $104 $210
Corrección de visión por láser: LASIK o PRK de U.S. Laser Network	Descuento de 15% del PVP o 5% del precio promocional	N/A
Amplifon Hearing Health Care	Servicios de salud auditiva de la red *Amplifon Hearing Health Care Network.* Los miembros reciben un descuento de 40% en exámenes de audición y una garantía de precio bajo en audífonos con descuento	No cubierto
Beneficio de pares adicionales	Los miembros también reciben un descuento de 40% en la compra de pares completas de lentes con receta y un descuento de 15% en lentes de contacto convencionales una vez que se haya aplicado el beneficio completo	N/A
Frecuencia: Examen Cristales o lentes de contacto Montura	 Una vez cada 12 meses Una vez cada 12 meses Una vez cada 12 meses	

Descuentos adicionales:
Los miembros reciben un 20% de descuento en artículos no cubiertos por el plan en los proveedores de la red, que no se puede combinar con otros descuentos u ofertas promocionales. El descuento no se aplica a los servicios profesionales o lentes de contacto del proveedor EyeMed.

Los miembros también reciben un 15% de descuento en el precio de venta al público o un 5% de descuento en el precio promocional para Lasik o PRK de la red US Laser Network, propiedad y operada por LCA Vision.

Los miembros también reciben un descuento del 40% en las compras de pares completas de lentes con receta médica y un descuento del 15% en las lentes de contacto convencionales una vez que se haya aplicado el beneficio financiado.

Limitaciones y Exclusiones del Plan:

- Entrenamiento de la visión ortóptica, ayudas para la visión subnormal y cualquier prueba suplementaria asociada
- Lentes aniseicónicas
- Tratamiento médico y/o quirúrgico del ojo, los ojos o las estructuras de apoyo
- Cualquier examen de la visión, o cualquier tipo de anteojos correctivos requerido por usted como una condición de empleo, y gafas de seguridad
- Servicios proporcionados como resultado de cualquier ley de indemnización para trabajadores (en inglés *Worker's Compensation*) o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental ya sea federal, estatal o subdivisiones de la misma o cualquier servicio que se proporcione gratuitamente, excepto en virtud del Título XIX de la Ley del Seguro Social.
- Cristales tipo plano (sin receta)
- Gafas de sol sin receta
- Dos pares de lentes en lugar de bifocales
- Servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada deja de estar cubierta por la póliza, excepto cuando se entregan los materiales de visión ordenados antes de que la cobertura termine, y los servicios prestados a la persona asegurada son dentro de los 31 días de la fecha de dicha orden
- Servicios o materiales proporcionados por cualquier otro plan de beneficios grupales que proporcione cuidado de la vista
- Los cristales, monturas, lentes o lentes de contacto perdidos o rotos no serán reemplazados excepto en el siguiente plazo de beneficios cuando los materiales de visión estarán disponibles
- Los honorarios cobrados por un proveedor por servicios que no sean un beneficio cubierto deben ser pagados en su totalidad por la persona asegurada; tales honorarios o materiales no están cubiertos por la póliza

Disposiciones de la Póliza

Toda la póliza y las enmiendas de la póliza

La presente póliza, con todas las enmiendas y avales, el resumen de los servicios cubiertos de visión, el Folleto de Apelaciones (si corresponde) y la solicitud de inscripción constituyen la Póliza completa entre las partes.

Ningún cambio en esta póliza será válido a menos que sea aprobado por escrito por el Director Ejecutivo de Delta Dental de Arizona y se le dé a usted para que se adhiera a esta póliza. Ningún agente tiene la autoridad para cambiar esta póliza o para renunciar a cualquiera de sus disposiciones.

Fecha de aniversario
Esta póliza está escrita por un período de 12 meses a partir de su fecha de vigencia. Usted puede optar por continuar la cobertura para períodos de renovación sucesivos mediante el pago de las primas establecidas por Delta Dental en cada fecha de renovación o dejar de inscribirse en cualquier fecha de aniversario.

Asignabilidad limitada de beneficios
Un miembro no puede ceder o transferir los derechos para recibir ninguna porción de los beneficios a ninguna persona o entidad, excepto que se les paga a los proveedores dentro de la red directamente, y si usted asigna sus beneficios a un proveedor fuera de la red, le pagaremos al proveedor fuera de la red directamente en su nombre. Vea la Sección "Resumen de los Servicios Cubiertos", Proveedor Fuera del de Red.

Si Delta Dental realiza un pago que es inexacto o hace un pago excesivo al miembro, Delta Dental tiene derecho a un reembolso de su parte o puede compensar la cantidad adeudada contra una reclamación futura. Los pagos inexactos no son una renuncia a ningún derecho futuro

de Delta Dental para denegar el pago de beneficios no cubiertos

Rescisión de la cobertura
Si hay fraude o falsedad material en un formulario de inscripción para la cobertura de cualquier persona que no sea elegible para ser cubierta por el plan, la cobertura será rescindida y se considerará que nunca haya estado en vigor. Cualquier prima pagada por la cobertura para la persona no elegible será reembolsada menos cualquier reclamación pagada por esa persona. Delta Dental tiene derecho a recuperar los pagos de reclamación que exceden la cantidad de la prima pagada. Las otras personas en el plan de beneficios que siguen siendo elegibles no se verán afectadas por la cobertura rescindida de la persona no elegible.

Terminación de Esta Póliza

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

A. Usted queda cubierto bajo un plan de visión grupal. Si cualquier otra persona cubierta bajo esta póliza queda cubierta bajo un plan de grupo, puede ser cancelada 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 desea que cancelemos su seguro de visión, 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 terminar 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 de visión.
C. Alguien que no sea usted o un dependiente cubierto usa su seguro de visión.
D. Usted o un dependiente cubierto no cumple con la póliza o ya no son elegibles.

Si cancelamos su seguro de visión, 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 dependientes 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 recibimos 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 24 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 de visión, 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, usted 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 de cuidado de la vista, servicios, o suministros.

Disposiciones de Elegibilidad

Titular elegible de la póliza
Usted está cubierto bajo este programa si usted:

A. Es residente en el estado de Arizona;
B. Tiene al menos dieciocho (18) años; y
C. Es titular de una póliza de seguro dental individual y/o familia de Delta Dental al mismo tiempo.

Dependientes elegibles
Si usted está inscrito para cobertura familiar, los siguientes dependientes pueden estar cubiertos bajo esta póliza:

A. Su cónyuge (esposo/a) legal; y
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
C. Al mismo tiempo inscritos como dependiente bajo un plan dental de Delta Dental Individual y Familia del titular de la póliza.

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 primer día del siguiente mes en la fecha en que el niño sea 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, adopción, colocación para cuidado de crianza o colocación para adopción, debe completar una solicitud dentro de los 31 días para que se inscriban a la póliza el día en que se convirtieron en su dependiente. Otros dependientes que no estén cubiertos por la póliza también pueden ser inscritos. Si hay un cambio en la prima, se le facturará por el 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 este 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 de su póliza, pueden ser excluidos 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.

Disposiciones Generales

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.

¿Quién no sería elegible para la cobertura de conversión?
Esta cobertura de conversión no está disponible para una persona cubierta por otros beneficios de la visión, que junto con esta cobertura de conversión constituiría un seguro duplicado. Esta cobertura tampoco se aplica si el titular de la póliza cancela la póliza de cobertura de visión como resultado de un cambio a otra compañía de seguros.

Primas
Sus tarifas de prima para esta póliza se mostrarán en la página 1 del presente. El primer mes de prima se debe pagar cuando entrega su solicitud 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 y deben acompañar su solicitud completada.

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 1. 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 concederá un período de gracia de treinta y un (31) días para el pago de cada prima vencida después de la primera prima, durante el cual la póliza continuará vigente.

Notificación de reclamación
La notificación escrita de la reclamación se debe entregar a Delta Dental dentro de los noventa (90) días posteriores a la ocurrencia o el comienzo de cualquier pérdida cubierta por la póliza, o tan pronto como sea razonablemente posible después. El aviso dado por o en su nombre a Delta Dental en PO Box 1950, Indianápolis, IN 46206, o a cualquier agente autorizado de Delta Dental, con información suficiente para identificar al miembro, se considerará aviso a Delta Dental.

Restablecimiento de la póliza
Si no se paga ninguna prima de renovación dentro del plazo otorgado a usted para el pago, una aceptación posterior de la prima por parte de Delta Dental o por cualquier agente debidamente autorizado por Delta Dental para aceptar dicha prima, sin requerir en relación con ello una solicitud de reinstalación, restablecerá la póliza, siempre que, sin embargo, si Delta Dental o dicho agente requiere una solicitud de reinstalación y emite un recibo condicional de la prima ofrecida, la póliza será restablecida tras la aprobación de dicha solicitud por parte de Delta Dental o, a falta de dicha aprobación, en el cuadragésimo quinto (45) día siguiente a la fecha de dicha recepción condicional, a menos que Delta Dental le haya notificado previamente por escrito su desaprobación de dicha solicitud. La póliza reincorporada cubrirá solo la pérdida resultante de la lesión accidental que pueda sufrir después de la fecha de reincorporación y la pérdida debida a dicha enfermedad que pueda comenzar más de diez (10) días después de dicha fecha. En todos los demás aspectos, usted y Delta Dental tendrán los mismos derechos en virtud de lo que tenían bajo la póliza inmediatamente antes de la fecha de vencimiento de la prima incumplida, sujeto a cualesquiera disposiciones aprobadas en el presente documento o adjuntas en relación con la restitución. Toda prima aceptada en relación con una restitución se aplicará a un período por el cual no se haya pagado previamente la prima, pero no a ningún período superior a sesenta (60) días antes de la fecha de restitución.

Disposiciones sobre el Pago de las Reclamaciones

Presentar una reclamación
Las reclamaciones deben presentarse en formularios aprobados por Delta Dental. Si los formularios solicitados no se proporcionan dentro de los quince (15) días posteriores a la presentación de la solicitud, la reclamación puede presentarse en una carta que proporcione pruebas escritas de la reclamación que incluyan el suceso, el carácter y el alcance de la pérdida. Los requisitos para la prueba de pérdida se considerarán satisfechos si los formularios o una declaración escrita como se indica anteriormente se reciben dentro del plazo establecido en el párrafo siguiente.

Prueba de Pérdida significa una declaración jurada que por lo general debe ser proporcionada por usted a Delta Dental antes de que cualquier pérdida bajo una póliza pueda ser pagada. Este formulario se utiliza generalmente en la liquidación de las pérdidas de la primera parte e incluye la fecha y la descripción de la ocurrencia y el monto de la pérdida.

Una reclamación es una demanda de un asegurado u otra parte para la indemnización de una pérdida bajo una póliza de seguro o fianza; a veces, la cantidad real o estimada de una pérdida.

Límite de tiempo para ciertas defensas

A. Después de dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza, ninguna declaración errónea, excepto declaraciones erróneas fraudulentas hechas por el solicitante en la solicitud de dicha póliza, se utilizará para anular la póliza o para negar

una reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (como se define en la póliza) comenzando después de la expiración de dicho período de dos años.

B. Ninguna reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (como se define en la póliza) que comience después de dos años a partir de la fecha de emisión de esta póliza se reducirá o negará sobre la base de que una enfermedad o condición física no excluida de la cobertura por nombre o descripción específica efectiva en la fecha de la pérdida había existido antes de la fecha de vigencia de la cobertura de esta póliza.

Prueba de pérdida

Se debe proporcionar la prueba escrita sobre la pérdida a Delta Dental a su oficina mencionada, en caso de que se haga reclamación por pérdida para la cual esta póliza proporcione cualquier pago periódico dependiente de la pérdida continua, dentro de noventa (90) días después de la terminación del período por el cual Delta Dental es responsable y en caso de reclamación por cualquier otra pérdida dentro de noventa (90) días después de la fecha de dicha pérdida. La falta de presentación de dicha prueba dentro del plazo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fuera razonablemente posible aportar la prueba dentro de dicho plazo, siempre que dicha prueba se presente tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso, salvo en ausencia de capacidad jurídica, después de un año desde el momento en que se requiera otra prueba.

Pago de las reclamaciones

Las indemnizaciones pagaderas bajo esta póliza por cualquier pérdida, que no sea la pérdida para la cual esta póliza proporcione cualquier pago periódico, se pagarán inmediatamente después de que se reciba la debida prueba por escrito de dicha pérdida. Sujeto a la debida prueba por escrito de pérdida, todas las indemnizaciones acumuladas por pérdida para las cuales esta póliza proporcione el pago periódico se pagarán mensualmente, y cualquier saldo restante no pagado al terminar la responsabilidad se pagará inmediatamente después del recibo de la debida prueba por escrito.

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 conservará dicha información y registros en forma confidencial. La divulgación de información se realiza solo para facilitar la cobertura y de acuerdo con las leyes estatales y federales. Si desea autorizar a alguien para tener acceso a la información, debe enviarnos una solicitud por escrito en un formulario de autorización para divulgar información. Por favor llame al 800-894-2961 para solicitar un formulario.

Bajo la ley de Arizona, ambos padres 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 acceso igual a la información por parte de los padres.

Notificación de decisión sobre una reclamación

Si se necesita información adicional y, por lo tanto, no es posible pagar la reclamación, usted recibirá un aviso dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de la reclamación. Si Delta Dental deniega su reclamación o procedimiento, o reduce su pago, en su totalidad o en parte, incluyendo aquellos debido a la elegibilidad para participar o revisión de utilización, usted recibirá una explicación de beneficios (“EOB”) que describe su responsabilidad por los servicios recibidos. Si no recibe una decisión dentro de los treinta (30) días posteriores a que Delta Dental reciba la información necesaria para procesar la reclamación, tendrá derecho inmediato a solicitar una revisión como si la reclamación hubiera sido denegada.

Si Delta Dental deniega cualquier parte de la reclamación, usted recibirá una notificación de denegación por escrito que contenga:

A. Los motivos de la decisión;
B. Una descripción de cualquier información adicional necesaria para respaldar la reclamación; e

C. Información sobre su derecho a apelar la decisión.

Proceso de Apelación de Reclamaciones
Usted o su proveedor de tratamiento pueden presentar una apelación en su nombre. Delta Dental proporciona un formulario que puede usar en el Paquete de Apelaciones. Usted no está obligado a utilizar el formulario; una carta con la misma información es aceptable. 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 titular de la póliza. Puede solicitar otra copia del Paquete de Apelaciones visitando nuestro sitio web en www.deltadentalaz.com/appeals o llamando al 800-894- 2961 para solicitar un formulario.

Acciones legales
Ninguna acción legal o en equidad puede ser presentada por usted en una reclamación hasta sesenta (60) días después de que usted nos haya dado prueba de pérdida. No podrá interponerse ninguna acción de este tipo más de tres años después de la expiración del plazo dentro del cual deba presentarse la prueba de la pérdida.

Examen
Delta Dental puede investigar sus reclamaciones en cualquier momento. Delta Dental a su propio costo tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona cubierta y / o revisar los historiales de tratamiento cuando y con la frecuencia que razonablemente pueda requerir durante la tramitación de una reclamación en virtud de la presente. Delta Dental puede denegar o suspender el pago de beneficios de la visión si la persona cubierta o el proveedor de la visión no coopera con una revisión o examen por parte del profesional de la visión que Delta Dental seleccione.

Pago de reclamaciones después de la terminación de la póliza
Delta Dental no pagará ninguna reclamación por servicios realizados antes de la fecha de terminación, pero que haya sido presentada por usted o su proveedor más de doce (12) meses después de la fecha de terminación de un miembro. Delta Dental no está obligado a pagar beneficios por reclamaciones proporcionadas después de la fecha de cancelación.

Notificación
Cualquier notificación a Delta Dental se debe enviar en forma escrita (ya sea electrónicamente o por correo postal). Se considera recibida la notificación cuando se nos 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 del servicio postal de los Estados Unidos, recibo de devolución solicitado, franqueo adecuado prepagado, y debidamente dirigido a:

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

La información enviada 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.

Problemas con su seguro
Si tiene problemas con alguna compañía de seguros o agente, comuníquese con ellos para resolver su problema. Puede comunicarse con Delta Dental en la siguiente dirección y número de teléfono:

Delta Dental
Attn: Individual Product Unit
P O Box 1950
Indianápolis, IN 46206
800-894-2961