



Certificado de Cobertura Dental

Amy's Kitchen, LLC
Núm. de grupo L03541

Nota: Esta póliza no contiene beneficios básicos de salud dental pediátrica según lo determina la Ley del Cuidado Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Anthem Dental **Essential Choice**

ELECCIÓN DE DENTISTAS: Este Certificado de cobertura se emite en el estado de California. Ningún contenido del presente Certificado de cobertura restringe o interfiere con su derecho a elegir el Dentista de su elección, pero sus beneficios se reducen si usa un Dentista que no sea un Dentista participante. Consulte la sección titulada "**PROVEEDORES DE SERVICIOS DENTALES Y PAGOS DE RECLAMACIONES**" para más información sobre Dentistas participantes, Obtención de un Directorio de proveedores y Acceso oportuno a cuidados médicos.

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company es un licenciatario independiente de la Blue Cross Association. Anthem es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. El nombre y el símbolo de Blue Cross son marcas registradas de la Blue Cross Association.

CERTIFICADO DE COBERTURA DENTAL

Bienvenido a Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company ("Anthem"). Este Certificado de Cobertura Dental (de aquí en adelante, el "Certificado") ha sido elaborado por Anthem con el fin de explicarle los beneficios de cuidado dental que tiene. Consulte este Certificado cuando necesite obtener Servicios Dentales. Aquí se describe cómo acceder al cuidado dental, qué Servicios Dentales cubrimos y qué parte de los costos de cuidado dental deberá pagar.

Todo aspecto de la cobertura descrita en este Certificado está sujeto a las cláusulas del Contrato Dental Grupal que se celebró con su Grupo. El Contrato Dental Grupal, este Certificado y toda enmienda o cláusula adicional adjunta constituyen el Contrato Dental Grupal conforme al cual prestamos los Servicios Cubiertos.

Este Certificado debe leerse en su totalidad. Dado que muchas de las cláusulas de este Certificado están interrelacionadas, debe leerlo en su totalidad para entender todos los aspectos de su cobertura.

Muchas de las palabras que se utilizan en el Certificado tienen significados especiales. Estas palabras aparecen en mayúsculas y se definieron para usted. Consulte estas definiciones en la sección "Definiciones" para entender mejor lo que se dice. El Certificado también contiene exclusiones.

Este Certificado sustituye y reemplaza todo Certificado emitido antes en virtud de las cláusulas del Contrato Dental Grupal.

Lea el Certificado atentamente. En el Certificado, se establecen muchos de los derechos y las obligaciones entre usted y el Plan. El pago de los beneficios está sujeto a las cláusulas, limitaciones y exclusiones de su Certificado. Por lo tanto, es importante que lo lea.

ADMINISTRACIÓN

La siguiente información se proporciona según lo requerido por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA) de 1974.

PATROCINADOR, FIDUCIARIO Y ADMINISTRADOR DEL PLAN:

Amy's Kitchen, LLC
109 Kentucky Street
Petaluma CA 94952
Teléfono: 707-781-6600

AGENTE PARA SERVICIOS DE PROCESOS LEGALES:

Amy's Kitchen, LLC
109 Kentucky Street
Petaluma CA 94952
Teléfono: 707-781-6600

FINANCIAMIENTO: Este plan es autofinanciado. Su contribución para el costo de la cobertura con este Plan será determinado por el Empleador todos los años y se le comunicará antes de la fecha de entrada en vigencia sobre cualquier cambio en el costo de la cobertura.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR: 680154899

NÚMERO DE PLAN DEL EMPLEADOR: 502

NÚMERO DE GRUPO: L03541

BENEFICIOS DEL PLAN ADMINISTRADOS POR:

Anthem Insurance Companies, Inc.
P.O. Box 1115
Minneapolis, Minnesota 55440-1115
(844) 729-1565

ÍNDICE

ÍNDICE	4
RESUMEN DE BENEFICIOS	5
DEFINICIONES.....	7
ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN	10
FINALIZACIÓN Y CONTINUACIÓN	15
PROVEEDORES DE SERVICIOS DENTALES Y PAGO DE RECLAMACIONES	18
SERVICIOS CUBIERTOS.....	24
EXCLUSIONES.....	38
CLÁUSULAS GENERALES.....	41
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	46
ARBITRAJE VINCULANTE.....	48
LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS (ERISA).....	49

RESUMEN DE BENEFICIOS

El Resumen de Beneficios es un resumen de los Deducibles, los Coseguros y otros límites que se aplican cuando recibe los Servicios Cubiertos de un Proveedor. Consulte la sección "Servicios cubiertos" de este Certificado para acceder a una explicación más completa de los servicios específicos cubiertos por el Plan. Todos los Servicios Cubiertos están sujetos a las condiciones, exclusiones, limitaciones, términos y cláusulas de este Certificado, así como de sus anexos o cláusulas adicionales.

Año de cobertura	Año calendario: un periodo de 12 meses, que comienza el 1.º de enero.
Límite de edad de los dependientes	Hasta el final del mes en que el hijo cumple 26 años de edad.
Periodo de espera para obtener los beneficios	No existen periodos de espera para obtener los beneficios.

MÁXIMOS DE BENEFICIOS DENTALES

Máximos de beneficios dentales (combinados para los dentistas participantes y no participantes)

Máximo de cobertura anual. Sus beneficios combinados, sin incluir ortodoncia, están sujetos al máximo de cobertura anual. No pagaremos beneficios más allá de ese monto durante un Año de cobertura.

Monto máximo de por vida para servicios de ortodoncia. Sus beneficios de ortodoncia están sujetos al Monto máximo de por vida para servicios de ortodoncia. No pagaremos ningún beneficio de ortodoncia que exceda ese monto durante la vida del Miembro.

Máximo de cobertura anual \$1,500.00 por Miembro

Monto máximo de por vida para servicios de ortodoncia \$1,500.00 por Miembro

Beneficio de lesión dental accidental. No se aplicarán coseguros, deducibles ni periodos de espera a los miembros en relación con los servicios recibidos como resultado de un Accidente. Los beneficios por Lesiones dentales accidentales están sujetos al Máximo de cobertura anual. Un Accidente se define como una lesión que provoca un daño físico o una lesión en los dientes naturales sanos y/o los tejidos duros y blandos que los sostienen como resultado de traumatismos extrabucal y no debido a la masticación o la fuerza de mordida. Los dientes naturales sanos son los que se encontraban en buen estado antes del accidente y que tenían estabilidad, producían una oclusión funcional y no presentaban deterioro, fracturas ni enfermedades periodontales avanzadas en el momento del accidente. La reclamación inicial por el Accidente y todas las reclamaciones relacionadas con el Accidente deben presentarse en el plazo de los 12 meses a partir de la fecha del Accidente.

DEDUCIBLES

Deducible (combinado para los Dentistas participantes y no participantes)

Dentista participante

Por miembro	\$25.00
Por familia	\$75.00

Dentista no participante

Por miembro \$25.00

Por familia \$75.00

Excepción: El Deducible no se aplica a Servicios preventivos y de diagnóstico ni a servicios de ortodoncia.

Deducible. Usted es responsable de cumplir con el pago del Deducible antes de que paguemos los beneficios. Si tres Miembros de la familia satisfacen su Deducible individual, queda cumplido el Deducible familiar. Solo aplicarán los cargos que se consideran un Monto máximo permitido para el cumplimiento de los Deducibles. En el caso del Deducible por dentista participante, solo se aplicará el Monto máximo permitido por los servicios de un dentista participante. En el caso del Deducible por dentista no participante, solo se aplicará el Monto máximo permitido por los servicios de un dentista no participante.

Servicios dentales cubiertos

Después de que usted cumpla con el pago del Deducible, pagaremos los beneficios de los Servicios cubiertos según el porcentaje o monto correspondiente hasta el Monto máximo permitido por cada Servicio dental prestado. Anthem determina el Monto máximo permitido pagadero por cada Procedimiento dental, y puede haber diferentes niveles de reembolso del Monto máximo permitido según si usted opta por recibir los servicios de un Dentista participante o de uno No participante.

	Dentista participante	Dentista no participante
Servicios preventivos y de diagnóstico*	100%	100%
Servicios de restauración simple	80%	80%
Servicios de endodoncia	80%	80%
Servicios de periodoncia	80%	80%
Servicios de cirugía oral	80%	80%
Servicios de restauración compleja	50%	50%
Servicios de reparación y ajustes protésicos	80%	80%
Servicios de prostodoncia	50%	50%
Servicios de ortodoncia*	50%	50%

*(No sujetos al deducible)

DEFINICIONES

En esta sección, se definen términos que tienen un significado particular. Si una palabra o frase tiene un significado especial o es un título, esta aparecerá en mayúscula. La palabra o frase se define en esta sección o en el lugar del texto donde se la utiliza.

Accidente. Una lesión que provoca un daño físico o una lesión en los dientes naturales sanos y/o las estructuras de tejidos duros y blandos que los sostienen como resultado de traumatismos extrabucal y no debido a la masticación o la fuerza de mordida. Los dientes naturales sanos son los que se encuentran en buen estado, son estables, funcionales y no presentan deterioro, fracturas ni enfermedades periodontales avanzadas en el momento del accidente.

Monto máximo por lesión dental accidental. Monto en dólares máximo pagadero por Accidente correspondiente a los Servicios cubiertos prestados a un Miembro debido a un Accidente. Consulte el **Resumen de Beneficios** para conocer el Monto máximo por lesión dental accidental.

Laboralmente activo. Presente y capaz de realizar los deberes laborales normales asignados del Grupo. Los suscriptores que se ausentan del trabajo debido a una licencia por discapacidad relacionada con la salud, una licencia de maternidad o vacaciones programadas de forma periódica se consideran Laboralmente activos.

Apelación. Una solicitud formal de parte de usted o de su representante para que se reconsidere una decisión adversa relativa a un reclamo o una reclamación.

Certificado. Este resumen de los términos de sus beneficios. Es un adjunto del Contrato Dental Grupal y forma parte de este. Está sujeto a los términos del Contrato Dental Grupal.

Coseguro. Porcentaje del Monto máximo permitido que usted debe pagar. Su Coseguro no se reducirá por reembolsos, descuentos ni por ninguna otra forma de ajustes negociados posteriores al pago.

Servicios cubiertos. Servicios o tratamientos, según se describen en el Certificado, realizados, indicados, dirigidos o autorizados por un Dentista. Para que los servicios sean considerados Servicios cubiertos, deben cumplir con esas características:

- Debe estar dentro del alcance de la licencia del Proveedor que presta el servicio.
- Deben brindarse mientras esté en vigor la cobertura conforme a este Certificado.
- No deben estar específicamente excluidos ni limitados por el Certificado.
- Deben estar incluidos específicamente como un beneficio en este Certificado.

Año de cobertura. El periodo durante el cual pagamos beneficios por los Servicios cubiertos. El Año de cobertura figura en el Resumen de Beneficios. Si su cobertura finaliza antes, el Año de cobertura finaliza al mismo tiempo.

Máximo de cobertura anual. Monto en dólares máximo pagadero por los Servicios cubiertos para cada Miembro durante cada Año de cobertura. Si su plan de beneficios cubre la ortodoncia, los beneficios por servicios de ortodoncia no se incluyen en el Máximo de cobertura anual, pero están sujetos a un monto máximo de por vida separado. Consulte el **Resumen de Beneficios** para conocer el Máximo de cobertura anual o los montos máximos de por vida.

Deducible. Monto en dólares de los Servicios Cubiertos que figuran en el Resumen de Beneficios que usted debe pagar antes de que comencemos a pagar los Servicios cubiertos en cada Año de cobertura.

Servicio dental, Servicios dentales, Procedimiento dental y Procedimientos dentales. La prestación de cuidado o tratamiento dental por parte de un Dentista a un Miembro en virtud de este Certificado, siempre que dicho cuidado o tratamiento esté reconocido como una forma generalmente aceptada de cuidado o tratamiento de acuerdo con los estándares prevalentes de la práctica odontológica.

Dentista. Es una persona que cuenta con la autorización para ejercer la odontología emitida por la autoridad gubernamental a cargo de las licencias y la práctica odontológica.

Dependiente. Persona de la familia del Suscriptor que es elegible para contar con cobertura en virtud del Certificado como se describe en la sección Elegibilidad e inscripción.

Fecha de entrada en vigencia. La fecha de inicio de la cobertura del Suscriptor conforme a este Certificado. Debe estar Laboralmente activo en la Fecha de entrada en vigencia para que su cobertura pueda comenzar. Si no se encuentra Laboralmente activo en la Fecha de entrada en vigencia, esta fecha cambia al día en que pasa a estar Laboralmente activo. La cobertura de un Dependiente también comienza el día de la Fecha de entrada en vigencia del Suscriptor.

Persona elegible. Una persona que cumple con los requisitos del Grupo y tiene derecho a solicitar ser Suscriptor.

Contrato Dental Grupal (o Contrato). El Contrato entre el Plan y el Grupo. Incluye este Certificado, su solicitud, toda solicitud o formulario de cambio complementarios, y todos los términos legales adicionales que agreguemos al Contrato original. La interpretación final de las cláusulas específicas que contiene este Certificado se rige por el Contrato Dental Grupal.

Grupo o Suscriptor del Grupo. El empleador (u otra organización) que ha celebrado un Contrato Dental Grupal con el Plan.

Tarjeta de identificación. Tarjeta emitida por el Plan, en la que figura el nombre del Miembro, el número de membresía y, a veces, información de la cobertura.

Monto máximo permitido. El monto máximo de reembolso que pagará Anthem por los servicios que preste un Proveedor a un Miembro. Usted deberá pagar una parte del Monto máximo permitido si no ha alcanzado el Deducible o tiene un Coseguro. Puede haber diferentes niveles de reembolso del Monto máximo permitido según si usted opta por recibir los servicios de un Dentista participante o un Dentista no participante. El Monto máximo permitido siempre será el menor de los siguientes: el monto máximo de reembolso que haya establecido Anthem o los cargos que haya facturado el Proveedor.

Medicamento necesario (necesidad médica). Procedimientos, servicios o tratamientos que:

1. Son indicados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la condición dental;
2. Se realizan generalmente para la prevención, el diagnóstico o el cuidado directo y el tratamiento de la condición dental;
3. Se encuentran dentro de los estándares de las buenas prácticas odontológicas dentro de la comunidad odontológica organizada;
4. No se realizan principalmente por su conveniencia ni la conveniencia de su Proveedor u otro Proveedor; y
5. Según las prácticas odontológicas prevalentes, constituyen el servicio cubierto menos costoso para su condición odontológica que produce un resultado satisfactorio desde el punto de vista profesional.

Miembro. Suscriptor o Dependiente que cumple con las condiciones de elegibilidad, solicitó una cobertura, fue aprobado por el Plan y para quien se efectuó el pago de la Prima. En ocasiones, a los Miembros se los llama “usted” o “su”.

Dentista no participante. Dentista que NO ha firmado un acuerdo de servicio de proveedor por escrito para expresar su voluntad de prestar servicios para el programa identificado en este Certificado. Anthem emitirá reembolsos para los Dentistas no participantes respetando el Monto máximo permitido establecido para los Dentistas no participantes.

Inscripción abierta. Periodo de inscripción durante el cual un Suscriptor o Dependiente elegible del Grupo puede solicitar esta cobertura.

Dentista participante. Dentista que ha firmado un acuerdo de servicio de proveedor por escrito para expresar su voluntad de prestar servicios para el programa identificado en este Certificado. El Dentista ha aceptado el Monto máximo permitido como pago total por el cuidado dental cubierto en virtud de este Certificado.

Plan (o Nosotros, Nos, Nuestro) - Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. También se denomina "Anthem".

Prima. Los cargos periódicos que el Miembro o el Grupo debe pagar al Plan para mantener la cobertura.

Presupuesto previo al tratamiento. Solicitud que hace a Anthem un Miembro o Dentista antes de que se preste un Servicio dental para determinar los beneficios del Miembro, estimar el Monto máximo permitido y estimar el monto de la responsabilidad financiera del Miembro. Un Presupuesto previo al tratamiento no es una garantía de beneficios ni una garantía de pago de los beneficios.

Plan anterior. El plan patrocinado por el Grupo que se reemplazó por los beneficios que establece este Certificado dentro de los 60 días. Se considera que usted está cubierto en virtud del Plan anterior si se cumplen estas condiciones: (1) estaba cubierto por el Plan anterior el día de la fecha en que ese plan terminó; (2) se inscribe correctamente para recibir cobertura dentro de los 31 días a partir de la Fecha de entrada en vigencia de este Certificado; y (3) su cobertura finalizó solamente debido a que terminó el Plan anterior.

Proveedor. Persona o centro debidamente certificado que brinda servicios dentro del alcance de la licencia vigente y que el Plan aprueba. Esto incluye cualquier Proveedor que presta servicios que de acuerdo con la ley estatal vigente deben estar cubiertos cuando dicho proveedor los presta.

Suscriptor. Empleado o Miembro del Grupo que es elegible para recibir beneficios en virtud del Contrato Dental Grupal.

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

INICIO DE LA COBERTURA

ESTADO DE ELEGIBILIDAD

1. **Suscriptores.** Los empleados a tiempo completo permanentes son elegibles para inscribirse como suscriptores. Un empleado de tiempo completo es el que trabaja al menos 24 horas por semana en la conducción del negocio del Grupo.
2. **Miembros de la familia (dependientes).** Las siguientes personas son elegibles para inscribirse como miembros de la familia: (a) el cónyuge o la pareja doméstica del Suscriptor y (b) un hijo.

Definición de miembro de la familia (dependiente)

1. **Cónyuge.** El término “cónyuge” significa el cónyuge del Empleado en virtud de un matrimonio legalmente válido, a menos que exista una separación ordenada por un tribunal; o
2. **Pareja doméstica.** El término “Pareja doméstica” significa una persona del sexo opuesto o del mismo sexo con quien el Empleado ha establecido una Pareja doméstica.
Todos los siguientes requisitos se aplican a ambas personas:
 - a. Deben tener al menos 18 años y ser competentes para celebrar un contrato;
 - b. No deben estar casados ni ser pareja doméstica de otra persona según la ley estatutaria o común;
 - c. No deben estar legalmente separados de otra persona;
 - d. No deben tener parentesco por consanguinidad ni un nivel de cercanía que podría prohibir el matrimonio según la ley del estado en el que residen;
 - e. Deben haber permitido que pasen al menos seis (6) meses desde la finalización de cualquier pareja doméstica anterior (esto no se aplica si la pareja doméstica anterior terminó debido a la muerte de la pareja doméstica); y
 - f. Deben compartir una residencia permanente.
3. **Hijo:** es el hijo natural, hijastro o hijo legalmente adoptado del Suscriptor, del cónyuge o de la pareja doméstica, o un niño que, conforme a la decisión de un tribunal de justicia, se encuentra bajo la tutoría legal del Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica, sujeto a las siguientes condiciones:
 - a. El hijo tiene menos de 26 años.
 - b. El hijo soltero tiene 26 años de edad o más y: (i) estuvo cubierto por el Plan anterior, recibió cobertura como miembro de la familia del Suscriptor según otro plan o aseguradora de salud, o cuenta con seis meses o más de otra cobertura acreditable, (ii) depende principalmente del Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica para su apoyo y manutención, y (iii) es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una condición física o mental. Un médico debe certificar por escrito que el hijo es incapaz de trabajar para mantenerse debido a una condición física o mental. Debemos recibir la certificación, sin costo alguno para nosotros, dentro de los 60 días a partir de la fecha en que el suscriptor recibe nuestra solicitud. Podemos solicitar prueba de la continuidad de la dependencia y de que la condición física o mental todavía existe, pero no más de una vez por año después de la certificación inicial. Esta excepción será válida hasta que el hijo no dependa más principalmente del suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica para su apoyo y manutención debido a una condición física o mental que continúa. Se considera que un hijo depende principalmente de alguien para su manutención si califica como dependiente a los efectos del impuesto federal sobre la renta.

- c. Un hijo que está en proceso de ser adoptado se considera adoptado legalmente si se presenta prueba legal de lo siguiente: (i) la intención de adoptar; y (ii) que el Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica tienen: (a) el derecho de manejar el cuidado médico del niño; o (b) la obligación legal asumida de la responsabilidad financiera total o parcial del hijo como paso previo a la adopción.

Prueba legal para manejar el cuidado médico del hijo se refiere a un documento escrito, como un informe del centro de salud sobre el estado del menor, un formulario de autorización médica o un formulario de renuncia, firmado por el padre biológico del niño o la autoridad correspondiente, o, en ausencia de un documento escrito, alguna prueba que demuestre el derecho del Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica a manejar la el cuidado médico del hijo.

- d. Se considera que un niño de quien el Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica es tutor legal es elegible para recibir cobertura el día de la sentencia judicial (la “fecha de elegibilidad”). Debemos recibir prueba legal de la sentencia.

FECHA DE ELEGIBILIDAD

1. **Para Suscriptores:** Usted es elegible para recibir cobertura de acuerdo con las normas establecidas por su empleador. Para obtener información específica sobre las normas de elegibilidad para la cobertura de su empleador, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos o el Departamento de Beneficios.
2. **Para miembros de la familia:** Comienzan a ser elegibles para recibir cobertura en la fecha que ocurra después de las siguientes: (a) la fecha en que el Suscriptor comienza a ser elegible para recibir cobertura; o (b) la fecha en que los miembros cumplen la definición de miembros de la familia.

Si después de obtener la cobertura según este plan, usted deja de ser elegible debido a la terminación del empleo, y regresa a su estado de elegibilidad dentro de los seis meses después de la fecha de terminación del empleo, usted pasará a ser elegible el primer día del mes posterior a la fecha en que regresa al estado de elegibilidad.

INSCRIPCIÓN

Para inscribirse como Suscriptor o para inscribir miembros de la familia, el suscriptor debe presentar la solicitud en tiempo y forma. Se considera que una solicitud es presentada en tiempo y forma solo si está firmada, fechada y entregada personalmente al grupo dentro de los 31 días posteriores a su fecha de elegibilidad. El grupo debe enviarnos esta solicitud dentro de los 90 días. Si no se sigue alguno de estos pasos, su cobertura puede ser rechazada.

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

La fecha de entrada en vigencia de su cobertura está sujeta al pago oportuno de sus cargos de suscripción. La fecha en que comienza a recibir cobertura se determina de la siguiente manera:

1. **Inscripción a tiempo:** Si usted se inscribe para recibir cobertura en su fecha de elegibilidad, antes de esta o dentro de los 31 días posteriores a esta, su cobertura entrará en vigencia en las siguientes fechas: (a) para los suscriptores, en su fecha de elegibilidad y (b) para los miembros de la familia, en alguna de las siguientes fechas, la que ocurra después: (i) la fecha en que comienza la cobertura del suscriptor o (ii) el primer día del mes posterior al que el miembro de la familia comienza a ser elegible. Si pasa a ser elegible antes de que el acuerdo entre en vigencia, la cobertura comienza en la fecha de entrada en vigencia del acuerdo, siempre que la solicitud de inscripción se presente en tiempo y forma.
2. **Inscripción tardía.** Si no se inscribe dentro de los 31 días posteriores a su fecha de elegibilidad, debe esperar hasta el siguiente Periodo de inscripción abierta del grupo para inscribirse.
3. **Cancelación de la inscripción:** Si decide voluntariamente cancelar la inscripción en la cobertura que brinda este plan, será elegible para volver a solicitar la cobertura, según lo estipulado en la cláusula “Inscripción” que aparece más arriba, durante el siguiente Periodo de inscripción abierta del grupo (consulte Periodo de inscripción abierta).

Para los que se inscriben en forma tardía y los que han cancelado la inscripción: Se pueden inscribir antes de que comience el próximo Periodo de inscripción abierta del grupo si cumplen alguna de las condiciones que se enumeran en la sección Periodos de inscripción especial.

Nota importante sobre recién nacidos y niños adoptados recientemente. Si el Suscriptor (o su cónyuge o pareja doméstica, en caso de que estén inscritos) ya cuenta con cobertura: (1) cualquier hijo nacido del suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica será inscrito en el momento del nacimiento; y (2) el hijo adoptado por el Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica será inscrito a partir de la fecha en que: (a) el padre biológico del hijo adoptivo u otra autoridad legal competente firmen un documento escrito mediante el cual se otorga al Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica el derecho a controlar el cuidado médico del hijo (en ausencia de un documento escrito, se puede utilizar otro tipo de evidencia que pruebe el derecho del Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica a controlar el cuidado médico del hijo); o (b) el Suscriptor, el cónyuge o la pareja doméstica asuman la responsabilidad financiera, total o parcial, del hijo antes de su adopción. El documento escrito al que se hace referencia más arriba incluye, entre otros, un informe del centro de salud sobre el estado del menor, un formulario de autorización médica o un formulario de renuncia.

En ambos casos, la cobertura estará vigente por 31 días. Para que la inscripción del hijo continúe después del periodo de 31 días, el Suscriptor debe presentar un formulario de cambio de membresía ante el grupo antes de que se cumpla el periodo de 31 días. El grupo debe enviarnos el formulario dentro de los 90 días.

Periodos de inscripción especial

Usted puede inscribirse sin tener que esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta del grupo si es elegible de otra manera conforme a alguna de las circunstancias que se establecen a continuación.

1. Ha cumplido con todos los requisitos siguientes:

- a. Recibió cobertura individual o como Dependiente de alguno de los siguientes planes, coberturas o programas:
 - i. Plan médico grupal u cobertura de seguro médico de otro empleador. Esto incluye la continuación de cobertura COBRA o CalCOBRA.
 - ii. Un plan estatal de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños (SCHIP). Esto incluye el programa Familias Saludables (Healthy Families) o el programa Acceso a la Salud para Niños y Madres (Access for Infants and Mothers, AIM).
- b. Certificó por escrito en el momento en que pasó a ser elegible para recibir cobertura de este Plan que estaba rechazando la cobertura de este Plan o anulaba la inscripción porque estaba cubierto por otro plan médico, como se estableció anteriormente, y que recibió una notificación escrita donde se explicaba que, si elegía inscribirse posteriormente, sería posible que debiera esperar hasta el siguiente Periodo de inscripción abierta del Grupo para hacerlo.
- c. La cobertura que le brindaba el otro plan médico, ya sea individual o como Dependiente, finalizó de la siguiente manera:
 - i. Si el otro plan médico era un plan médico grupal o una cobertura de seguro médico brindados por otro empleador, lo que incluye la continuación de cobertura según COBRA o CalCOBRA, la cobertura finalizó porque usted perdió elegibilidad para el otro plan, se agotó la continuación de cobertura según COBRA o CalCOBRA o terminaron las contribuciones del empleador a la cobertura del otro plan. Usted debe presentar en tiempo y forma una solicitud al grupo. Esto debe ocurrir dentro de los 31 días posteriores de la fecha en que finaliza su cobertura o la fecha en que cesan las contribuciones del empleador a la cobertura del otro plan.

La pérdida de elegibilidad para recibir la cobertura de un plan médico grupal brindado por un empleador o de un seguro médico incluye la pérdida de elegibilidad a causa de la terminación del empleo o un cambio en la condición de empleo, la reducción de la cantidad de horas de trabajo, la pérdida de la condición de dependiente conforme a los términos del plan, la finalización del otro plan, la separación legal, el divorcio, el fallecimiento de la persona mediante la cual recibía cobertura y cualquier pérdida de elegibilidad para recibir cobertura posterior a un periodo que se mide por referencia a todo lo anterior.

- ii. Si el otro plan médico era un plan estatal de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños (SCHIP), lo que incluye el programa Familias Saludables o el programa Acceso para niños y madres (AIM), la cobertura finalizó porque usted perdió elegibilidad para participar en el programa. Usted debe presentar en tiempo y forma una solicitud al Grupo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que finalizó su cobertura.
- 2. Si por orden judicial se debe proporcionar cobertura a un cónyuge, pareja doméstica o hijo dependiente conforme al plan médico de su empleador y se presentó una solicitud dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se emite la orden judicial.
- 3. No contamos con una declaración por escrito realizada por el Grupo donde se establezca que antes de rechazar la cobertura o anular su inscripción, usted recibió y firmó una notificación escrita donde se especificaba que si no se inscribía para recibir cobertura dentro de los 31 días posteriores a su fecha de elegibilidad, o si anulaba la afiliación y luego presentaba una solicitud de inscripción, sería posible que su cobertura no comenzará hasta el último día del mes posterior a la finalización del siguiente periodo de inscripción abierta del Grupo.
- 4. Se produce un cambio en su condición familiar a través del matrimonio o la pareja doméstica o a través del nacimiento, la adopción o la colocación para adopción de un hijo:
 - a. Si se inscribe después del matrimonio o la declaración de pareja doméstica, usted y su cónyuge o pareja deben inscribirse dentro de los 31 días de la fecha del matrimonio o la declaración de pareja doméstica. Los hijos de su nuevo cónyuge o pareja doméstica también pueden inscribirse en ese momento. Es posible que no se pueda inscribir a otros hijos en ese momento, a menos que reúnan los requisitos según otra circunstancia, como se describió anteriormente.
 - b. Si se inscribe después del nacimiento, la adopción o la colocación para adopción de un hijo, su cónyuge (si ya está casado) o pareja doméstica, que es elegible pero no se ha inscrito, también puede inscribirse en ese momento. Es posible que no se pueda inscribir a otros hijos en ese momento, a menos que reúnan los requisitos según otra circunstancia, como se describió anteriormente. La solicitud debe realizarse dentro de los 31 días posteriores al nacimiento o a la fecha de adopción o colocación para adopción.
- 5. Usted cumple o supera un límite de por vida en todos los beneficios que brinda otro plan médico. La solicitud debe realizarse dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que se rechaza una reclamación, o parte de esta, debido a que usted cumplió o superó el límite de por vida en todos los beneficios que brinda el otro plan.
- 6. Usted pasa a ser elegible para recibir asistencia, con respecto al costo de la cobertura brindada por el plan grupal del empleador, según un plan médico estatal como Medicaid o SCHIP. Se incluye cualquier renuncia o proyecto de demostración llevado a cabo en relación con estos planes o por ellos. Usted debe presentar en tiempo y forma una solicitud al Grupo dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se determina que es elegible para recibir esta asistencia.
- 7. Usted es empleado y reservista, conforme lo define la legislación estatal o federal, que finalizó la cobertura porque se le ordenó cumplir con el servicio militar, conforme lo define la legislación estatal o federal, y solicita restablecer la cobertura después de ser recontratado por el empleador. Se le restablecerá la cobertura sin mediar periodo de espera. También se restablecerá la cobertura de cualquier Dependiente cuya cobertura también haya terminado. Con respecto a los Dependientes, esto se aplica solo a los Dependientes que estaban cubiertos en virtud del Plan y cuya cobertura terminó al terminar la cobertura del empleado. Los Dependientes que no estaban cubiertos no podrán inscribirse en este momento; excepto que califiquen en virtud de otra de las circunstancias mencionadas previamente.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Para las inscripciones que se realizan durante un periodo especial de inscripción como se describe anteriormente, la cobertura estará vigente el primer día del mes siguiente a la pérdida de la otra cobertura, salvo según lo que se especifica a continuación:

1. Si por orden judicial se debe proporcionar cobertura a un hijo dependiente, la cobertura para ese hijo estará vigente en alguna de las siguientes fechas, la que ocurra primero: (a) el primer día del mes siguiente a la fecha en que usted presenta la solicitud de inscripción o (b) dentro de los 30 días posteriores a que recibamos una copia de la orden judicial o de una solicitud del fiscal del distrito, cualquiera de los padres o la persona que tiene la custodia del hijo, el empleador o el administrador del Grupo.
2. Para las inscripciones posteriores al nacimiento, la adopción o la colocación para adopción de un hijo, la cobertura estará vigente a partir de la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción.
3. Con respecto a los reservistas y sus dependientes que soliciten que se restablezca la cobertura después de la recontractación del empleador, la cobertura estará vigente a partir de la fecha de la recontractación.

PERIODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

El periodo de inscripción abierta del grupo sucede una vez por año. Durante ese periodo, una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad como suscriptor según este plan puede inscribirse. Un Suscriptor también puede inscribir a todos los miembros de la familia elegibles en ese momento. Las personas elegibles para inscribirse como miembros de la familia pueden inscribirse únicamente en el plan del Suscriptor.

Para cualquiera que se esté inscribiendo, la cobertura bajo los términos de este plan comenzará el primer día del mes siguiente a la finalización del periodo de inscripción abierta. La cobertura brindada por el plan anterior finaliza cuando comienza la cobertura de este Plan.

FINALIZACIÓN Y CONTINUACIÓN

Salvo que se establezca lo contrario, su cobertura puede finalizar en las siguientes situaciones: La información a continuación es general, y la Fecha de entrada en vigencia de la finalización real puede variar en función del acuerdo del Grupo con Nosotros y de sus circunstancias específicas, como, por ejemplo, si se ha pagado completamente la Prima.

Finalización de la cobertura

Su cobertura y la de sus Dependientes elegibles finaliza en la fecha más temprana de las siguientes:

- a) El final del mes en el que (1) usted deja de ser elegible; (2) su Dependiente ya no es elegible como Dependiente según el Certificado.
- b) En la fecha en que finaliza el Certificado.
- c) El día de la fecha en que el Grupo finaliza el Certificado debido al incumplimiento del pago de las Primas, excepto como resultado de un error involuntario.
- d) El día de la fecha en que no se hace la contribución para la cobertura que establece el Certificado al vencer.

Para saber cómo es la elegibilidad extendida, consulte Continuidad de la cobertura.

Continuidad de la cobertura (COBRA)

Los beneficios dentales pueden continuar si ocurre cualquiera de los siguientes eventos, siempre que, en el momento, de ocurrir, este Certificado siga en vigencia y usted, su cónyuge o su hijo dependiente sean Miembros según lo establece este Certificado:

EVENTO CALIFICADO	QUIÉN PUEDE CONTINUAR	PERIODO MÁXIMO DE CONTINUIDAD
Cese del empleo, jubilación, licencia, despido o si el empleado pasa a ser no elegible (excepto en caso de despido por falta grave)	Suscriptor y dependientes	Lo que ocurra antes: 1. 18 meses, o 2. Inscripción en otra cobertura grupal o Medicare, o 3. Fecha en que, de lo contrario, terminaría la cobertura.
Divorcio, disolución del matrimonio o separación legal	Excónyuge e hijos dependientes que pierdan la cobertura	Lo que ocurra antes: 1. 36 meses, o 2. Fecha de inscripción en otra cobertura grupal o Medicare, o 3. Fecha en que, de lo contrario, terminaría la cobertura.
Fallecimiento del Suscriptor	Cónyuge sobreviviente e hijos dependientes	Lo que ocurra antes: 1. 36 meses, o 2. Fecha de inscripción en otra cobertura grupal o Medicare, o 3. Fecha en que, de lo contrario, terminaría la cobertura.

EVENTO CALIFICADO	QUIÉN PUEDE CONTINUAR	PERIODO MÁXIMO DE CONTINUIDAD
Hijo dependiente que pierde la elegibilidad	Hijo dependiente	Lo que ocurra antes: 1. 36 meses, o 2. Fecha de inscripción en otra cobertura grupal o Medicare, o 3. Fecha en que, de lo contrario, terminaría la cobertura.
Los Dependientes que pierden la elegibilidad debido al derecho del Suscriptor a recibir los beneficios de Medicare	Cónyuge y dependientes	Lo que ocurra antes: 1. 36 meses, o 2. Fecha de inscripción en otra cobertura grupal o Medicare, o 3. Fecha en que, de lo contrario, terminaría la cobertura.
Discapacidad total del Suscriptor	Suscriptor y dependientes	Lo que ocurra antes: 1. 29 meses, o 2. Fecha en que la discapacidad total termina, o 3. Fecha de inscripción en otra cobertura grupal o Medicare.
Los jubilados del empleador que presenten bancarrota según el Capítulo 11 (incluye la reducción sustancial de la cobertura dentro del año de presentar el caso)	Jubilado y dependientes	Lo que ocurra antes: 1. Fecha de inscripción en otra cobertura grupal, o 2. Fallecimiento del jubilado o dependiente que opta por COBRA.
Dependientes sobrevivientes del jubilado en continuidad de por vida debido a la bancarrota del empleador	Cónyuge sobreviviente y dependientes	Lo que ocurra antes: 1. 36 meses posteriores a la muerte del jubilado, o 2. Fecha de inscripción en otra cobertura grupal.

Usted o sus Dependientes elegibles tienen 60 días a partir de la fecha en que pierde la cobertura, debido a uno de los eventos descritos anteriormente, para informar al Grupo que desea continuar la cobertura; excepto que, en caso de fallecimiento de un empleado elegible, divorcio, separación legal, la elegibilidad de un empleado para Medicare o un hijo dependiente que deje de reunir los requisitos de elegibilidad, dicho periodo de notificación para continuar la cobertura será de 90 días.

1. Cómo continuar recibiendo la cobertura

Si pierde la cobertura, su empleador debe notificarle que tiene la opción de continuar la cobertura en un plazo de 14 días después de que finaliza el empleo. Si la cobertura de su Dependiente finaliza debido a divorcio, separación legal o algún otro cambio en el estado del Dependiente, usted o sus Dependientes cubiertos deben notificar a su empleador en un plazo de 60 días.

Usted o sus Dependientes cubiertos deben elegir continuar la cobertura notificando al empleador por escrito. Usted o sus Dependientes cubiertos tienen 60 días para elegir continuar la cobertura, a partir de la fecha del aviso de continuidad o la fecha en que finalizó la cobertura, lo que ocurra último. Si no elige continuar la cobertura dentro del periodo establecido, usted o sus Dependientes cubiertos no serán elegibles para continuar la cobertura más adelante. Usted o sus Dependientes cubiertos tienen 45 días a partir de la fecha en que elijan continuar la cobertura para pagar el primer cargo de la continuidad. Después de este periodo de gracia inicial, usted o sus Dependientes cubiertos deberán pagar cargos mensuales por adelantado al empleador para que la cobertura siga en vigencia.

Los cargos por continuidad están compuestos por la tasa del grupo más un cargo administrativo del 2%. Todos los cargos se pagan directamente al empleador. Si usted o sus Dependientes cubiertos tienen una incapacidad total, los cargos por continuidad están compuestos por la tasa del grupo más un cargo administrativo del 2% durante los primeros 18 meses. Durante los meses 19 a 29, el empleador puede cobrar la tasa del grupo más un cargo administrativo del 50%.

2. Segundo evento calificado

Si se produce un segundo evento calificado durante la continuidad, un beneficiario calificado Dependiente tiene la posibilidad de contar con derechos propios a optar y un periodo de continuidad extendida. Esta norma solo se aplica cuando el evento calificado inicial para la continuidad es la terminación del empleo, la jubilación, la licencia, el despido o la reducción de horas de trabajo del empleado.

Cuando se produce un segundo evento calificado, como la muerte del ex empleado cubierto, el Dependiente debe notificar al empleador que ha ocurrido el segundo evento dentro de los 30 días posteriores al evento a fin de continuar la cobertura. En ningún caso se extenderán el primer y el segundo periodo de continuidad más allá de la fecha en que, de lo contrario, terminaría la cobertura, o durante más de 36 meses, lo que ocurra primero.

Un beneficiario calificado es una persona cubierta por el plan médico el día antes del evento calificado, además de un hijo que nace o se coloca para adopción con el empleado cubierto durante el periodo de continuidad de la cobertura.

3. Finalización de continuidad de la cobertura (COBRA)

La Continuidad de la cobertura (COBRA) para usted y sus Dependientes elegibles, si los selecciona, finalizará el último día del mes en que se produzca por primera vez alguno de los siguientes eventos:

- a) La caducidad del periodo especificado durante el cual se puede mantener la Continuidad de la cobertura (COBRA), según lo exige la ley estatal o federal vigente;
- b) El Suscriptor del Grupo termina este Certificado;
- c) El Suscriptor o el Miembro del Grupo no realizan el pago de la Continuidad de la cobertura del Miembro.

Las preguntas sobre la Continuidad de la cobertura (COBRA) se deben dirigir a su empleador. El empleador explicará las regulaciones, las calificaciones y los procedimientos requeridos cuando continúe la cobertura.

PROVEEDORES DE SERVICIOS DENTALES Y PAGO DE RECLAMACIONES

Si bien este Certificado se emite en California, no es necesario que elija a algún Dentista en particular en California para recibir los beneficios dentales. Usted tiene la libertad de elegir al Dentista que quiera para su cuidado dental. Sin embargo, su elección de Dentista puede marcar una diferencia en los beneficios que reciba y el monto que deba pagar. Es posible que deba pagar más gastos de bolsillo si recibe los servicios de un Dentista no participante. Puede haber diferencias en el monto del pago en comparación con un Dentista participante si su Dentista es un Dentista no participante.

ANTHEM REALIZA LOS PAGOS ÚNICAMENTE CUANDO SE HAN REALIZADO LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES CUBIERTOS. EL PLAN PUEDE REQUERIR QUE USTED O SU PROVEEDOR PROPORCIONEN INFORMACIÓN ADICIONAL ANTES DE QUE UNA RECLAMACIÓN SE CONSIDERE COMPLETA Y LISTA PARA EL PROCESAMIENTO. A FIN DE PROCESAR CORRECTAMENTE UNA RECLAMACIÓN, ES POSIBLE QUE SE REQUIERA QUE EL PLAN AGREGUE UNA LÍNEA DE LA POLÍTICA ADMINISTRATIVA. SE RECHAZARÁN LAS RECLAMACIONES DUPLICADAS PROCESADAS ANTES.

La solicitud de información está sujeta a todos los requisitos de confidencialidad aplicables de California, incluidas las leyes de California que prohíben el uso de VIH o SIDA/estado de complejo relacionado con el SIDA (ARC) a los fines de determinar la asegurabilidad.

Esta sección describe la forma en que determinamos el monto del reembolso por los Servicios cubiertos. El reembolso de los Servicios dentales prestados por los Dentistas participantes y no participantes se basa en el Monto máximo permitido para el tipo de servicio prestado. Puede haber diferentes niveles de reembolso del Monto máximo permitido según si usted opta por recibir los servicios de un Dentista participante o de uno no participante.

El Monto máximo permitido es el monto máximo de reembolso que pagará Anthem por los Servicios dentales que preste un Dentista a un Miembro y que cumpla con nuestra definición de Servicio cubierto.

Usted deberá pagar una parte del Monto máximo permitido si no ha alcanzado el Deducible o tiene un Coseguro. Además, cuando reciba los Servicios cubiertos de un Dentista no participante, es posible que tenga que pagar la diferencia que haya entre el Monto máximo permitido y los cargos que facturó efectivamente el Dentista. Este monto puede ser importante.

Cuando reciba Servicios cubiertos de un Dentista, aplicaremos las normas de procesamiento a la reclamación presentada por esos Servicios cubiertos. Estas normas evalúan la información de la reclamación y determinan si el proveedor presentó la reclamación con los códigos de procedimiento dental correctos. La aplicación de estas normas puede afectar el Monto máximo permitido. Por ejemplo, su Dentista puede haber presentado la reclamación utilizando varios códigos de procedimiento cuando existe un código de procedimiento único que incluye todos los procedimientos realizados o una combinación de ellos. En este caso, el pago que hagamos se basará en un Monto máximo permitido único para el código de procedimiento único, en vez de calcular un Monto máximo permitido separado por cada código de procedimiento facturado.

De igual modo, cuando se llevan a cabo varios procedimientos en el mismo día, ya sea del mismo Proveedor de servicios dentales o de otros Proveedores de servicios dentales, podemos reducir el Monto máximo permitido para esos procedimientos adicionales, porque si dichos procedimientos se reembolsaran al 100% del Monto máximo permitido, se estaría duplicando el pago de un Procedimiento dental que puede considerarse relativo o inclusivo.

IMPORTANTE: si usted decide recibir servicios dentales que no estén cubiertos en esta póliza, es posible que un proveedor de servicios dentales participante le cobre su tasa usual y habitual por esos servicios. Antes de prestarle a un paciente los servicios dentales que no son beneficios cubiertos, el dentista debe darle al paciente un plan de tratamiento que comprenda cada servicio que prevé llevar a cabo y el costo estimado de cada servicio. Si desea obtener más información sobre las opciones de cobertura dental, puede llamar a Servicios para Miembros al (844) 729-1565 o a su agente de seguros. Para entender totalmente su cobertura, debería revisar cuidadosamente el documento de evidencia de cobertura.

ESTADO DE LA RED DE PROVEEDORES

El Monto máximo permitido puede variar según si el Proveedor es un Dentista participante o un Dentista no participante. Puede haber diferentes niveles de reembolso del Monto máximo permitido según si usted opta por recibir los servicios de un Dentista participante o un Dentista no participante.

Dentistas participantes en California

Un Dentista participante es un Dentista que ha firmado un acuerdo de servicio de proveedor por escrito para expresar su voluntad de prestar servicios para el programa identificado en este Certificado. Para los Servicios cubiertos prestados por un Dentista participante, el Monto máximo permitido es la tasa que el Dentista haya acordado con Anthem que aceptará como reembolso por los Servicios cubiertos o los cargos reales del Dentista, el que sea menor. Debido a que los Dentistas participantes han acordado aceptar el Monto máximo permitido como pago total por los servicios, no deben enviarle una factura ni cobrar montos que excedan el Monto máximo permitido acordado. Sin embargo, es posible que reciba una factura o que deba pagar una parte del Monto máximo permitido en la medida en que haya agotado su cobertura del servicio, no haya pagado el Deducible, tenga un Coseguro, haya recibido servicios no cubiertos, o haya excedido el monto máximo de beneficios dentales que se describe en el Resumen de Beneficios. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (844) 729-1565, para obtener ayuda con la búsqueda de un Dentista participante o visite nuestro sitio web www.anthem.com.

Dentistas participantes fuera de California

Si no vive en la residencia del Suscriptor o vive fuera del área de servicio de California para su plan, hay Dentistas participantes que han firmado un acuerdo de servicio de proveedor por escrito en el que expresan su voluntad de prestar servicio a los programas de Anthem en otros estados. Existen diversas maneras de encontrar un Dentista participante para su cuidado dental. Estas incluyen las siguientes:

- Visite nuestro sitio web para obtener un directorio de proveedores para los Dentistas participantes que participan en nuestro programa en el área en la que reside. La dirección del sitio web es www.anthem.com. Una vez que esté en el sitio web, haga clic en “Menú” (Menu) y seleccione “Encontrar un doctor” (Find a Doctor). Puede buscar como Miembro usando su tarjeta de identificación de Anthem para asegurarse de encontrar un Dentista participante que acepte su plan;
- Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número telefónico que figura en su tarjeta de identificación, que es (844) 729-1565, para recibir asistencia.

Si no podemos encontrar un Dentista participante disponible para su cuidado dental, puede elegir un Dentista no participante. Una vez finalizados sus servicios dentales, solicite un recibo del Dentista no participante y envíenoslo para el reembolso. Su responsabilidad financiera será el Coseguro que hubiera pagado en el consultorio de un Dentista participante sujeto al Deducible, las exclusiones, las limitaciones y los montos máximos de beneficios de su plan. Nuestro pago será el menor de los Montos máximos permitidos para los servicios dentales cubiertos o el cargo por servicio habitual del Dentista no participante, sujeto a las exclusiones, limitaciones y montos máximos de beneficios de su plan.

Dentistas no participantes

Los Dentistas que NO han firmado un acuerdo de servicio de proveedor por escrito para expresar su voluntad de prestar servicios para el programa identificado en este Certificado se consideran Dentistas no participantes. Para los Servicios cubiertos que reciba de un Dentista no participante, el Monto máximo permitido será el menor de los cargos actuales del Dentista o un monto basado en nuestras tasas/programas de cargos para proveedores no participantes, que nos reservamos el derecho a modificar ocasionalmente, tras considerar uno o más de los siguientes temas: datos de tasas de registro, montos de reembolso aceptados por proveedores parecidos/similares que tienen contrato con Anthem, montos de reembolso aceptados por proveedores parecidos/similares para los mismos servicios o suministros, y otros datos de utilización, reembolsos y costos de la industria.

A diferencia de los Dentistas participantes, los Dentistas no participantes pueden enviarle una factura y cobrar el monto correspondiente al cargo del Dentista que exceda nuestro Monto máximo permitido. Usted es responsable de pagar la diferencia entre el Monto máximo permitido y el monto que cobra el Dentista no participante. Este monto puede ser importante. Si elige un Dentista participante, es probable que los costos de bolsillo sean menores para usted. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al (844) 729-1565, para obtener ayuda con la búsqueda de un Dentista participante o visite nuestro sitio web www.anthem.com.

El Servicio al Cliente también está disponible para ayudarlo a determinar el Monto máximo permitido por un servicio en particular prestado por un Dentista no participante. Para que podamos ayudarlo, debe pedirle a su Dentista los códigos de procedimiento específicos correspondientes a los servicios que prestará el Dentista. También deberá conocer los cargos del Dentista para calcular los gastos de bolsillo que le corresponden. Si bien el Servicio al Cliente puede ayudarlo con esta información previa al servicio, el Monto máximo permitido de su reclamación se basará en la reclamación que efectivamente se presente.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA

La atención de emergencia son los servicios dentales provistos para el tratamiento o el alivio de dolor intenso, sangrado incontrolable o hinchazón. Todos los Dentistas participantes de su plan ubicados dentro y fuera de California están disponibles para atención de emergencia las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si es posible, debe recibir atención de emergencia de su Dentista participante. En algunas circunstancias, como cuando no existe un Dentista participante disponible para el Servicio cubierto, podemos autorizar los montos de costo compartido de la red (Deducible y Coseguro) para solicitar una reclamación por un Servicio cubierto que usted reciba de un Dentista no participante.

En estos casos, usted debe comunicarse con nosotros antes de obtener el Servicio cubierto. También podemos autorizar los montos de costo compartido participante (Deducible y Coseguro) para solicitar una reclamación por Servicios cubiertos si usted recibe Servicios de emergencia de un Dentista no participante o se encuentra temporalmente fuera del estado y no puede comunicarse con nosotros hasta después de que le hayan brindado el Servicio cubierto. Si autorizamos un Servicio cubierto para que usted sea responsable de los montos de costo compartido participante, usted aún podría tener que pagar la diferencia entre el Monto máximo permitido y el cargo del Dentista no participante.

DIRECTORIOS DE PROVEEDORES

Si necesita un directorio de proveedores para elegir un proveedor que participe en la red de su Plan, puede obtenerlo de varias maneras:

- Visite nuestro sitio web en www.anthem.com. Una vez que esté en el sitio web, haga clic en “Menú” (Menu) y seleccione “Encontrar un doctor” (Find a Doctor). Puede buscar como Miembro usando su tarjeta de identificación de Anthem para asegurarse de encontrar un Dentista participante que acepte su plan; o
- Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 800-627-0004. Este número también figura en su tarjeta de identificación.

Tenga en cuenta que contamos con varias redes, y que un proveedor que participa para un plan puede no participar para otro. Asegúrese de consultar su tarjeta de identificación o llamar al Departamento de Servicio al Cliente para averiguar qué red utiliza este Plan.

ACCESO OPORTUNO AL CUIDADO

Anthem tiene contrato con Dentistas participantes para brindar Servicios cubiertos que sean apropiados para su condición y según las buenas prácticas profesionales. Anthem se asegura de que las redes de Dentistas participantes tengan la capacidad y disponibilidad para ofrecer citas dentro de los siguientes plazos:

- Citas de atención de urgencia: en un plazo de 72 horas a partir de la solicitud de una cita;
- Citas de atención primaria que no sean urgentes: dentro de los 36 días hábiles a partir del momento en que se solicita la cita; y
- Citas de cuidado dental preventivo: dentro de los 40 días hábiles a partir de que se solicita la cita.

Si un Dentista participante determina que se puede extender el tiempo de espera para una cita sin que tenga un efecto perjudicial en su salud, el Dentista participante podrá programarla para una fecha que supere los plazos mencionados arriba. Se les exige a los Dentistas participantes que cuenten con un servicio de contestador o un contestador automático fuera de los horarios habituales. Este debe brindar instrucciones sobre cómo obtener atención urgente o de emergencia, por ejemplo, cómo comunicarse con otro dentista que haya acordado estar de guardia para aplicar el protocolo de intervención o someter a prueba de detección por teléfono o, si fuera necesario, brindar atención urgente o de emergencia, según corresponda en cada caso.

Si necesita servicios de interpretación, estos serán coordinados con las citas programadas y no provocarán demoras en sus citas.

Si tiene quejas con respecto a su capacidad para acceder a el cuidado dental necesario de manera oportuna, puede presentar la queja a Anthem y al Departamento de Seguros de California. Consulte la sección **“CÓMO COMUNICARSE CON EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE CALIFORNIA”** de este Certificado.

ACCESO A ATENCIÓN MÉDICAMENTE ADECUADA DE UN PROVEEDOR CALIFICADO

Nuestros Dentistas participantes en su programa deben brindar acceso a atención médicamente adecuada de un proveedor calificado. Si nuestros Dentistas participantes no le pueden proporcionar atención médicamente adecuada, Anthem coordinará la atención requerida con un Dentista no participante disponible y accesible. Su responsabilidad financiera será el Coseguro que hubiera pagado en el consultorio de un Dentista participante sujeto al Deducible, las exclusiones, las limitaciones y los montos máximos de beneficios de su plan. Nuestro pago será el menor de los Montos máximos permitidos para los servicios dentales cubiertos o el cargo por servicio habitual del Dentista no participante, sujeto a las exclusiones, limitaciones y montos máximos de beneficios de su plan.

COSTOS COMPARTIDOS DEL MIEMBRO

Para algunos Servicios cubiertos, y según cuál sea su programa dental, es posible que tenga que pagar una parte del Monto máximo permitido (por ejemplo, el Deducible y/o el Coseguro). El monto de costo compartido de su Deducible y Coseguro, y los límites de gastos de bolsillo pueden variar, dependiendo de si usted recibió los servicios de parte de un Dentista participante o de uno no participante. Concretamente, es posible que deba pagar montos de costos compartidos más altos o que sus beneficios tengan límites si recurre a Dentistas no participantes. Consulte el Resumen de Beneficios que incluye este Certificado para conocer sus obligaciones y limitaciones de costos compartidos, o llame al Servicio al Cliente para saber cómo pueden variar los montos de costos compartidos o los beneficios de este Certificado según el tipo de Dentista que utilice.

Pago de Beneficios

Realizaremos pagos directamente a los Dentistas participantes por los Servicios cubiertos. También nos reservamos el derecho de pagarle directamente a usted. Los pagos también pueden realizarse a un Receptor alternativo, al padre con custodia de esa persona o al representante designado. Asimismo, el aviso respecto de la recepción y/o adjudicación de las reclamaciones puede enviarse a estos. Cualquier pago que Nosotros hagamos eximirá Nuestra obligación de pagar por los Servicios cubiertos.

Una vez que un Proveedor presta un Servicio cubierto, no admitiremos solicitudes de retener el pago de las reclamaciones presentadas.

EL MIEMBRO ES RESPONSABLE DE PAGAR LOS CARGOS DE TODOS LOS TRATAMIENTOS QUE HAYA REALIZADO UN DENTISTA NO PARTICIPANTE. CUANDO SE OBTIENEN SERVICIOS DE UN DENTISTA NO PARTICIPANTE, LOS BENEFICIOS PAGADEROS EN VIRTUD DEL CONTRATO GRUPAL SE PAGAN DIRECTAMENTE AL MIEMBRO A MENOS QUE USTED LE ASIGNE EL PAGO DIRECTAMENTE AL PROVEEDOR INDICÁNDOLO ASÍ EN EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.

Aviso de reclamación

El aviso de reclamación por escrito se debe dar al asegurador en el plazo de 20 días después de la ocurrencia o inicio de la pérdida cubierta por la póliza, o lo antes que sea razonablemente posible. El aviso que dé el reclamante o alguien en su nombre al asegurador en P.O. Box 1115, Minneapolis, Minnesota 55440 o a cualquier agente autorizado del asegurador, con información suficiente para identificar al empleado asegurado, se considerará aviso al asegurador.

Formularios de reclamación

Una vez recibido el aviso de reclamación por escrito, Anthem proporcionará al reclamante esos formularios de la manera habitual para presentar pruebas de pérdidas. Si esos formularios no se proporcionan dentro de los 15 días después de dar el aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido con los requisitos de esta póliza como prueba de pérdida luego de presentar, dentro del tiempo establecido en la póliza para presentar pruebas de pérdida, prueba por escrito que cubra la ocurrencia, el carácter y la medida de la pérdida para la cual se hace la reclamación.

Esta prueba debe incluir:

- Nombre del paciente
- Relación del paciente con el Suscriptor
- Número de identificación
- Fecha, tipo y lugar del servicio
- Su firma y la firma del Proveedor

Las reclamaciones deben enviarse a:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
PO Box 1115
Minneapolis, MN 55440-1115
(844) 729-1565

Prueba de reclamación

Se debe proporcionar una prueba de pérdida por escrito al asegurador, en caso de una reclamación de pérdida para la cual esta póliza proporciona cualquier pago periódico contingente luego de la pérdida continua, dentro de los 90 días luego de la finalización del período por el cual el asegurador es responsable, y en caso de una reclamación por otra pérdida, dentro de los 90 días posteriores a la fecha de dicha pérdida. Si no se proporciona dicha prueba dentro del plazo requerido, no se invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible proporcionar prueba dentro de ese plazo, siempre y cuando dicha prueba se proporcione lo antes que sea razonablemente posible y en ningún caso, excepto en caso de falta de capacidad legal del empleado, más tarde de un año a partir del momento en se requiera la prueba de otra manera.

Plazo para el pago de la reclamación

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de esta póliza por cualquier pérdida que no sea aquella para la cual esta póliza proporciona pagos periódicos se pagará (al empleado asegurado) cuando se acumulen inmediatamente una vez recibida la debida prueba por escrito de dicha pérdida. Sujeto a la debida prueba por escrito de la pérdida, todas las indemnizaciones por pérdidas acumuladas para las cuales esta póliza proporciona pagos periódicos se pagará (al empleado asegurado) y cualquier saldo que quede sin pagar luego de la finalización del periodo de responsabilidad se pagará inmediatamente una vez recibida la debida prueba por escrito.

Pago de reclamaciones

Las indemnizaciones pagaderas en virtud de esta póliza por cualquier pérdida que no sea aquella para la cual esta póliza proporciona pagos periódicos se pagará (al empleado asegurado) cuando se acumulen inmediatamente una vez recibida la debida prueba por escrito de dicha pérdida. Sujeto a la debida prueba por escrito de la pérdida, todas las indemnizaciones por pérdidas acumuladas para las cuales esta póliza proporciona pagos periódicos se pagará (al empleado asegurado) y cualquier saldo que quede sin pagar luego de la finalización del periodo de responsabilidad se pagará inmediatamente una vez recibida la debida prueba por escrito.

Explicación de beneficios

Después de recibir cuidado dental, en general, recibirá una Explicación de Beneficios (EOB). La EOB es un resumen de la cobertura que recibe. La EOB no es una factura, sino una declaración de parte Nuestra para ayudarlo a entender la cobertura que está recibiendo. La EOB contiene lo siguiente:

- los montos totales cobrados por los servicios/suministros recibidos;
- el monto de los cargos que están cubiertos;
- el monto que usted debe pagar (si corresponde);
- información general sobre sus derechos de Apelación y para los planes ERISA, información sobre el derecho de entablar una acción después del proceso de Apelación.

SERVICIOS CUBIERTOS

Revisión de utilización dental

La revisión de utilización dental está diseñada para promover la prestación de cuidado dental costo-efectiva, ya que alienta el uso de procedimientos reconocidos y comprobados clínicamente. Está incluida en su Plan para alentarle a usted y a su dentista a aprovechar los beneficios dentales de manera rentable, además de correcta y reconocida desde el punto de vista clínico. Su derecho a recibir beneficios por los Servicios cubiertos prestados en virtud de este Plan está sujeto a una revisión por dentistas certificados que aplicarán ciertas políticas, pautas y limitaciones, que incluyen —entre otras— nuestras pautas de cobertura/clínicas, y las disposiciones de revisión de utilización y políticas dentales.

La revisión de utilización dental consta de una revisión previa al tratamiento y una revisión retrospectiva. Nuestras guías de cobertura dental para la revisión previa al tratamiento y la revisión retrospectiva pretenden reflejar los estándares generales de atención de la práctica dental, aplicando las regulaciones específicas del estado cuando sea necesario. El propósito de las guías de cobertura dental es ser de asistencia en la interpretación de la necesidad médica o dental. A fin de ser gastos o servicios cubiertos por este Plan, dichos gastos y servicios deben cumplir con los requisitos de Necesidad Médica o Dental de Anthem.

Presupuesto previo al tratamiento (Estimación de beneficios)

SE RECOMIENDA, AUNQUE NO SE EXIGE, QUE SE PRESENTE A ANTHEM UN PRESUPUESTO PREVIO AL TRATAMIENTO SI SU TRATAMIENTO DENTAL IMPLICA PROCEDIMIENTOS DE RESTAURACIÓN COMPLEJA, ENDODONCIA, PERIODONCIA, CIRUGÍA ORAL, PRÓTESIS U ORTODONCIA (CONSULTE LA DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS), PARA CALCULAR EL MONTO MÁXIMO PERMITIDO. EL PRESUPUESTO PREVIO AL TRATAMIENTO ES UNA HERRAMIENTA VALIOSA TANTO PARA EL DENTISTA COMO PARA USTED. AL PRESENTAR UN PRESUPUESTO PREVIO AL TRATAMIENTO, EL DENTISTA Y USTED PUEDEN SABER QUÉ BENEFICIOS ESTÁN DISPONIBLES PARA USTED ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO. EL PRESUPUESTO PREVIO AL TRATAMIENTO DESCRIBE SU RESPONSABILIDAD ANTE EL DENTISTA CON RESPECTO A EL COSEGURO, LOS DEDUCIBLES, LOS COPAGOS Y LOS SERVICIOS QUE NO ESTÉN CUBIERTOS. CON ESTO, EL DENTISTA Y USTED PODRÁN HACER LOS ARREGLOS FINANCIEROS NECESARIOS ANTES DE QUE COMIENCE EL TRATAMIENTO. ESTE PROCESO NO CONSTITUYE UNA AUTORIZACIÓN PREVIA DEL TRATAMIENTO NI DETERMINA SU NECESIDAD MÉDICA O DENTAL. EL MONTO MÁXIMO PERMITIDO CALCULADO SE BASA EN SU ELEGIBILIDAD ACTUAL Y EN LOS BENEFICIOS DEL CONTRATO EN VIGENCIA EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTA EL SERVICIO. LA PRESENTACIÓN DE OTRAS RECLAMACIONES O CAMBIOS EN LA ELEGIBILIDAD O EN EL CONTRATO PUEDEN MODIFICAR EL PAGO FINAL. ESTO NO CONSTITUYE UNA GARANTÍA DE BENEFICIOS.

Después del examen, el Dentista establecerá el tratamiento dental que se realizará. Si el tratamiento dental necesario implica servicios de restauración compleja, endodoncia, periodoncia, cirugía oral, prótesis u ortodoncia, debe presentar un formulario de reclamación a Anthem con la descripción del tratamiento propuesto. Anthem determinará si el tratamiento propuesto está cubierto y calculará el Monto máximo permitido, incluida su responsabilidad respecto del Coseguro, los Deducibles y los servicios no cubiertos.

Se enviará a usted y a su Dentista una declaración con el Monto máximo permitido calculado, incluido el monto que debe. Estos presupuestos estarán sujetos a la continuidad de la elegibilidad y a que el Contrato grupal siga en vigencia. Si se reciben y procesan reclamaciones por otros Servicios dentales realizados antes de la fecha de finalización del tratamiento propuesto, esto puede reducir el Monto máximo permitido calculado de Anthem para el tratamiento propuesto y aumentar lo que usted debe pagar al Dentista.

PARA EVITAR MALENTENDIDOS EN RELACIÓN CON EL MONTO MÁXIMO PERMITIDO O EL MONTO QUE USTED DEBE PAGAR, PREGUNTE AL DENTISTA CUÁL ES SU ESTADO DE PARTICIPACIÓN Y SI ACEPTÓ PRESTAR SERVICIOS PARA ESTE PROGRAMA DENTAL ANTES DE RECIBIR EL CUIDADO DENTAL.

Usted será responsable del pago de los montos de los Deducibles, Copagos y Coseguros y de los tratamientos dentales que no se consideren Servicio cubierto según este Certificado.

El Plan cubre los siguientes Procedimientos dentales cuando los realice un Dentista certificado y cuando sean habituales y necesarios según los estándares de práctica dental generalmente aceptados. Los beneficios que establece este Certificado se proporcionarán tanto si la realización de los Procedimientos dentales está a cargo de un médico debidamente certificado como de un Dentista debidamente certificado, si están cubiertos de otro modo en virtud de este Certificado, siempre que dichos Procedimientos dentales estén contemplados dentro de las tareas lícitas de un Dentista debidamente certificado.

Como condición precedente a la aprobación de los pagos de reclamaciones, el Plan tendrá derecho a solicitar y recibir, en la medida en que sea lícito, de parte de un Dentista que realice la atención o el examen, o de parte de los hospitales en los que se presten los servicios de un Dentista, dicha información y registros relativos al Miembro, ya que puede requerirse para pagar reclamaciones. Además, el Plan puede requerir que un Miembro se someta a un examen por parte de un consultor dental retenido por Anthem en el lugar de residencia del Miembro o cerca de este. Anthem y el Plan mantendrán la confidencialidad de dicha información y dichos registros.

Anthem no determina si un servicio presentado para recibir el pago o el beneficio que establece este Certificado es un Procedimiento dental médicamente o dentalmente necesario para tratar una condición específica o restaurar la dentición de una persona. El Plan evalúa los Procedimientos dentales presentados para determinar si el procedimiento es un beneficio cubierto. Su cobertura incluye una programación predefinida de Servicios dentales que son elegibles para recibir beneficios de Anthem. Su Dentista puede recomendar o prescribir otros Servicios dentales que sean médicamente o dentalmente necesarios, ofrezcan una mejora estética en el aspecto o sean más frecuentes que los que cubre Anthem. Si bien su Dentista puede prescribir estos servicios y estos pueden ser médicamente o dentalmente necesarios para usted, pueden no ser un Servicio dental beneficiado por Anthem o pueden ser servicios para los que Anthem proporcione un pago autorizado en calidad de tratamiento opcional. Si Anthem le proporciona un pago autorizado por un tratamiento opcional cubierto, usted puede aplicar este pago de Anthem al servicio prescrito por su Dentista que usted optó por recibir. Los servicios que no cubre Anthem o que exceden la frecuencia de los beneficios del plan no implican que el servicio sea o no médicamente o dentalmente necesarios para tratar su condición dental específica. Usted es responsable de pagar los Servicios dentales que no estén cubiertos o beneficiados por Anthem. La determinación de los servicios necesarios para satisfacer sus necesidades dentales individuales se realiza entre usted y su Dentista.

Revisión retrospectiva

La revisión retrospectiva hace referencia a la revisión para establecer una necesidad médica, que se realiza después de la prestación de los servicios de cuidado dental. La revisión de la reclamación incluye, entre otros, una evaluación de los niveles de reembolso, la exactitud de la documentación, la exactitud de los códigos y la adjudicación del pago.

Contamos con una línea telefónica gratuita disponible durante el horario de atención normal a través de la que usted o su Proveedor podrán obtener información con respecto a nuestro proceso de revisión de utilización. Puede llamar al mismo número fuera del horario de atención para dejar un mensaje, y le responderemos en el plazo de dos días hábiles si no se trata de una situación de emergencia. Este número de teléfono figura en su tarjeta de identificación.

Si usted no está de acuerdo con la decisión que se tomó después de una revisión de utilización y desea presentar una apelación para una decisión ya tomada, encontrará información sobre cómo hacerlo en la sección PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES de este certificado. También puede comunicarse con Servicio al Cliente al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

El proceso de revisión de utilización se rige por leyes y reglamentaciones. Además, podemos modificarlo de vez en cuando según lo exijan dichas leyes y reglamentaciones.

Están cubiertos ÚNICAMENTE los servicios que figuran a continuación. Los Deducibles y los Montos máximos de beneficios dentales figuran a continuación del Resumen de Beneficios. Los Servicios cubiertos están sujetos a las limitaciones que se encuentran dentro de la sección Beneficios, exclusiones y limitaciones descrita a continuación. Para calcular los Servicios cubiertos, consulte la sección “Presupuesto previo al tratamiento” de este Certificado.

CUIDADO PREVENTIVO (Servicios preventivos y de diagnóstico)

Evaluaciones orales periódicas, integrales y periodontales: cualquiera de los tipos de evaluación (chequeo o examen) está cubierto dos veces por año calendario.

NOTA: Las evaluaciones orales integrales estarán beneficiadas una vez por consultorio dental, con la limitación de dos veces por año calendario. Cualquier evaluación oral integral adicional realizada en el mismo consultorio dental estará beneficiada como una evaluación oral periódica y sujeta a la limitación de dos veces por año calendario.

Evaluaciones limitadas, detalladas/extensivas y de un problema específico: están cubiertas dos veces por año calendario.

Radiografías

- **Aletas de mordida:** cubierta una serie por año calendario.
- **Radiografías de boca completa (serie completa) o panorámicas:** cubiertas una vez cada 60 meses.
- **Periapical(es):** están cubiertas cuatro radiografías simples cada 12 meses.
- **Oclusal:** están cubiertas dos series cada 12 meses.

Limpieza dental

- **Profilaxis:** es un procedimiento para eliminar la placa, el sarro (cálculos) y las manchas de los dientes.

LIMITACIÓN: Cualquier combinación de este procedimiento, Mantenimiento periodontal, Raspado cuando existe inflamación gingival moderada o grave, o Desbridamiento de boca completa (consulte la sección Servicios de periodoncia para conocer la frecuencia de estos servicios) está cubierta dos veces por año calendario.

NOTA: Los procedimientos de profilaxis que se realicen a un Miembro menor de 14 años de edad se beneficiarán como profilaxis infantil. Los procedimientos de profilaxis que se realicen a un Miembro mayor de 14 años de edad se beneficiarán como profilaxis de adulto.

Tratamiento de flúor

- Aplicación tópica de flúor y barniz de flúor: cubiertas dos veces por año calendario para los hijos Dependientes hasta la edad de 17 años.

Selladores o restauraciones preventivas con resina: cualquier combinación de estos procedimientos está cubierta una vez cada 48 meses para el primer y el segundo molar permanente de los hijos Dependientes elegibles hasta la edad de 17 años.

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. Instrucciones para la higiene bucal, lo que incluye los consejos relativos al cuidado médico en el hogar. Algunos ejemplos de instrucciones para la higiene bucal son las instrucciones o consejos sobre la técnica de cepillado, el uso de hilo dental y/o el uso de auxiliares para la higiene oral especiales.
2. Las restauraciones con amalgama o compuestos que se colocan preventivamente.

Servicios de restauración simple

Tratamiento de emergencia (tratamiento paliativo): cubierto para la mejoría temporal del dolor o de una infección.

Restauraciones con amalgama (plateada): tratamiento para restaurar los dientes primarios o permanentes deteriorados o fracturados.

Restauraciones de resina compuesta (blanca)

- **Dientes anteriores (frontales):** tratamiento para restaurar los dientes anteriores (frontales) primarios o permanentes deteriorados o fracturados.
- **Dientes posteriores (traseros):** tratamiento para restaurar los dientes posteriores (traseros) primarios o permanentes deteriorados o fracturados.

LIMITACIÓN: la cobertura de las restauraciones con amalgama o compuestos estará limitada a solo un servicio por superficie de diente cada seis meses.

Extracciones básicas

- Remoción de restos de coronas (fragmentos de la corona del diente) en dientes primarios.
- Extracción de diente erupcionado o con raíz expuesta

Separadores: están cubiertos una vez en la vida para los hijos Dependientes elegibles hasta la edad de 18 años para los dientes posteriores (traseros) primarios extraídos.

LIMITACIÓN: La reparación o el reemplazo de los aparatos que se hayan perdido/roto no son un beneficio cubierto.

Biopsia por cepillado: cubierta una vez por año calendario.

Consultas: cubierta una vez por año calendario.

Retención con clavos: cubierta una vez cada 84 meses.

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. Presentación de casos de planes de tratamiento detallados y visitas al consultorio, durante y después de las horas programadas regulares, cuando no se realicen otros servicios.
2. Protector para deportistas, microabrasión del esmalte y odontoplastia.
3. Agentes blanqueadores y adhesivos dentales.
4. La colocación o remoción de empastes sedantes, base o revestimientos que se usan en una restauración.
5. Pruebas de vitalidad pulpar.
6. Moldes para diagnóstico.
7. Pruebas de diagnóstico secundarias además de la terapia primaria.
8. Las restauraciones con amalgama o compuestos que se colocan preventivamente.
9. Las coronas y las restauraciones fabricadas indirectamente (incrustaciones y recubrimientos) no están cubiertas a menos que el diente esté dañado por deterioro o fractura con pérdida de la estructura dental hasta el punto en que no se puede restaurar con amalgama o resina.
10. Analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso ansiolítico, inyecciones de fármacos terapéuticos, medicamentos y fármacos para el cuidado dental quirúrgico o no quirúrgico.

Servicios de endodoncia (tratamiento de tejido nervioso o pulpar)

SERVICIOS DE ENDODONCIA NO QUIRÚRGICOS

Terapia de endodoncia en dientes primarios

- **Terapia pulpar:** cubierto una vez por diente en toda la vida.
- **Pulpotomía terapéutica:** cubierto una vez por diente en toda la vida.

Terapia de endodoncia en dientes permanentes

- **Tratamiento de conducto:** cubierto una vez por diente en toda la vida.
- **Retratamiento de conducto:** cubierto una vez por diente en toda la vida.

Terapia de endodoncia en dientes primarios o permanentes

- **Recubrimiento pulpar:** cubierto una vez por diente en toda la vida.

Apexificación: cubierto una vez por diente en toda la vida.

ENDODONCIA QUIRÚRGICA

Apicectomía: cubierto una vez por diente en toda la vida.

Empaste retrógrado: cubierto.

Amputación radicular: cubierto.

Hemisección: cubierto una vez por diente en toda la vida.

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. Retratamiento de servicios de endodoncia que se hayan beneficiado antes en virtud de este Certificado.
2. Remoción de desbridamiento del tejido pulpar, recubrimiento pulpar, clavos, pernos, materiales para empastes reabsorbibles y no reabsorbibles y los procedimientos usados para preparar y colocar los materiales en los conductos (raíces).
3. Obstrucción de tratamiento de conducto, reparación de raíces internas por defectos de perforación, tratamiento de endodoncia incompleto y blanqueado de dientes descoloridos.
4. Reimplantación intencional.
5. Pruebas de vitalidad pulpar.
6. Tratamientos de conductos incompletos.

Servicios de periodoncia (tratamiento de encías y huesos)

SERVICIOS DE PERIODONCIA NO QUIRÚRGICOS

Mantenimiento periodontal: procedimiento que incluye la remoción de bacterias del surco gingival, raspado y pulido de los dientes, evaluación periodontal y mediciones del surco gingival en pacientes que se han realizado antes tratamientos periodontales quirúrgicos o no.

LIMITACIÓN: cualquier combinación de este procedimiento y las limpiezas dentales (consulte la sección Servicios preventivos y de diagnóstico), el desbridamiento de boca completa y el Raspado cuando existe inflamación gingival moderada o grave están cubiertos dos veces por año calendario.

Raspado cuando existe inflamación gingival moderada o grave: el raspado cuando existe inflamación gingival moderada o grave es un procedimiento que se realiza para quitar la placa, el sarro y los cálculos cuando existe inflamación gingival moderada o grave.

LIMITACIÓN: cualquier combinación de este procedimiento, las limpiezas dentales (consulte la sección Servicios preventivos y de diagnóstico), el Mantenimiento periodontal y el Desbridamiento de boca completa están cubiertos dos veces por año calendario.

Cuidado periodontal no quirúrgico básico: tratamiento de enfermedades del tejido gingival (encías) y los huesos que sostienen los dientes.

- **Limpieza periodontal y alisado radicular:** se cubre una vez cada 24 meses si el diente tiene una bolsa periodontal de 4 mm de profundidad o mayor, o si existe evidencia radiográfica demostrable de pérdida ósea.
- **Desbridamiento de boca completa**

LIMITACIÓN: cualquier combinación de este procedimiento, las limpiezas dentales (consulte la sección Servicios preventivos y de diagnóstico), el Mantenimiento periodontal y el Raspado cuando existe inflamación gingival moderada o grave están cubiertos una vez en toda la vida.

Agentes quimioterapéuticos: están cubiertos una vez cada 12 meses.

SERVICIOS PERIODONTALES QUIRÚRGICOS

Los servicios periodontales quirúrgicos están cubiertos solo en los dientes naturales. Los servicios periodontales quirúrgicos se rechazarán cuando se realicen junto con implantes, extracciones, aumento del reborde alveolar y servicios de cirugía perirradicular.

Cuidado periodontal quirúrgico: tratamiento quirúrgico de enfermedades del tejido gingival (encías) y los huesos que sostienen los dientes. Los siguientes servicios se consideran servicios periodontales quirúrgicos complejos a los efectos de este Certificado.

- **Gingivectomía/gingivoplastia**
- **Colgajo gingival**
- **Cirugía ósea**
- **Injerto óseo de reposición**

LIMITACIÓN: Cualquiera de los servicios mencionados o cualquier combinación de ellos pueden realizarse una vez cada 36 meses. El servicio periodontal quirúrgico complejo es un beneficio cubierto únicamente si la profundidad de la bolsa periodontal del diente es de 5 mm o más.

Colgajo en posición apical: procedimiento cubierto una vez por diente cada 36 meses.

Regeneración guiada de tejido: procedimiento cubierto una vez por diente cada 36 meses.

Injerto de tejido blando pediculado: procedimiento cubierto una vez por diente cada 36 meses.

Injerto de tejido blando libre: procedimiento cubierto una vez por diente cada 36 meses.

Injerto de tejido conectivo: procedimiento cubierto una vez por diente cada 36 meses.

Aloinjerto de tejido blando: procedimiento cubierto una vez por diente cada 36 meses.

Cuña distal/proximal: procedimiento cubierto una vez por diente cada 36 meses.

Alargamiento de coronas

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. Pruebas bacteriológicas para determinar si existen agentes patológicos o enfermedades periodontales.
2. Férulas provisionales, procedimientos temporarios o estabilización provisional de los dientes.
3. Analgesia, agentes analgésicos, ansiolíticos, inhalación de óxido nitroso o inyecciones de fármacos terapéuticos, fármacos o medicamentos para el cuidado periodontal quirúrgico y no quirúrgico, sin importar el método de administración.

Servicios de cirugía oral (remoción de dientes, tejido o hueso)

Extracciones quirúrgicas complejas

- Remoción quirúrgica de diente erupcionado
- Remoción quirúrgica de diente impactado
- Remoción quirúrgica de raíces dentales residuales

Otros procedimientos quirúrgicos complejos: la cirugía oral compleja incluye procedimientos que implican el desarrollo de un colgajo con la remoción y el reemplazo de tejidos duros y blandos enfermos de la cavidad bucal.

- Cierre de fístula oroantral
- Reimplantación de diente desplazado o perdido accidentalmente
- Movilización de diente erupcionado o malposicionado para ayudar a la erupción
- Biopsia de tejido bucal
- Fibrotomía transeptal
- Alveoloplastia

- Vestibuloplastia
- Escisión de lesión o tumor
- Remoción de tumor o quiste odontogénico o no odontogénico
- Remoción de exostosis; por sitio
- Ostectomía parcial
- Incisión y drenaje de absceso
- Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea
- Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa
- Toma de muestras de citología exfoliativa

Frenulectomía (frenectomía o frenotomía)

Sedación consciente intravenosa, sedación intravenosa (IV) y anestesia general: cubierta cuando se realiza junto con un servicio de cirugía complejo.

LIMITACIONES

1. Se proporcionarán beneficios de Cirugía reconstructiva para la cirugía reconstructiva cuando dichos Procedimientos dentales sean relativos o subsiguientes a una cirugía como consecuencia de lesiones, enfermedades u otras afecciones de la pieza en cuestión, o cuando dicho Procedimiento dental se realice a un hijo Dependiente cubierto debido a una anomalía o enfermedad congénita que ha producido un defecto funcional, según lo determine el médico tratante; siempre que esos procedimientos sean procedimientos dentales quirúrgicos reconstructivos.

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. La sedación consciente intravenosa, sedación intravenosa (IV) y anestesia general cuando se realice con procedimientos de cuidado dental no quirúrgicos.
2. Analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso ansiolítico, inyecciones de fármacos terapéuticos, medicamentos y fármacos para el cuidado dental quirúrgico o no quirúrgico, sin importar el método de administración.
3. Servicios o suministros que son de naturaleza médica, incluidos los servicios dentales de cirugía oral realizados en un hospital.
4. Gastos en hospitales para pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Servicios de restauración compleja (coronas, incrustaciones y recubrimientos)

Restauraciones de oro laminado: recibe un beneficio para amalgama (empaste plateado) equivalente a la misma cantidad de superficies y asignaciones.

LIMITACIÓN: el paciente debe pagar la diferencia de costo entre el Monto máximo permitido para los Servicios cubiertos y el tratamiento opcional, más los Deducibles y/o Coseguros que correspondan al beneficio cubierto.

Incrustaciones: el beneficio será igual a una restauración con amalgama (plateada) por la misma cantidad de superficies.

LIMITACIÓN: si una incrustación se realiza para restaurar un diente posterior (trasero) con un material metálico, de porcelana o de cualquier tipo de compuesto (blanco) a base de resina, el paciente debe pagar la diferencia de costo entre el Monto máximo permitido para el Servicio cubierto y el tratamiento opcional, más los Deducibles y/o Coseguros que correspondan al Servicio cubierto.

Corona de acero inoxidable prefabricada: cubierta una vez cada 84 meses.

LIMITACIÓN: los beneficios se limitarán a las asignaciones para coronas de acero inoxidable prefabricadas. Si se realiza una corona de resina prefabricada, el paciente debe pagar la diferencia de costo entre el Monto máximo permitido para el Servicio cubierto y el tratamiento opcional, más los Deducibles y/o Coseguros que correspondan al Servicio cubierto.

Recubrimientos y/o coronas permanentes: cubiertas una vez cada 84 meses por diente, si el diente presenta una pérdida importante de la estructura del diente natural debido al deterioro o una fractura, de modo que no se puede realizar una restauración para reparar el diente.

LIMITACIÓN: los beneficios se limitarán a las mismas superficies y asignaciones para un recubrimiento a base principalmente de metal. Si se realiza un recubrimiento de metal noble o porcelana para restaurar un diente, el paciente debe pagar la diferencia de costo entre el Monto máximo permitido para el Servicio cubierto y el tratamiento opcional, más los Deducibles y/o Coseguros que correspondan al Servicio cubierto.

Coronas de implante: consulte Servicios de Prostodoncia.

Recementación de incrustaciones, recubrimientos y/o coronas: cubierto una vez cada 12 meses. Están cubiertos seis meses después de la colocación inicial.

Reparación de coronas, incrustaciones, recubrimientos y carillas: cubierta una vez cada 12 meses. Están cubiertos seis meses después de la colocación inicial.

Restauración con perno y corona de molde, incluido un perno por diente y un clavo por superficie: cubierta una vez cada 84 meses cuando sea necesario para retener una restauración fabricada indirectamente debido a la pérdida de la estructura del diente natural debido a caries o fracturas.

Guarda oclusal: cubierta una vez cada 24 meses.

Carillas: cubiertas una vez cada 84 meses.

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. Procedimientos diseñados para alterar, restaurar o mantener la obstrucción, lo que incluye, entre otros: incremento de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste, realineación de dientes, férulas periodontales y registros gnatólogicos.
2. La colocación o remoción de empastes sedantes, base o revestimientos que se usan en una restauración.
3. Preparación del conducto y colocación de la espiga y el perno preformado.
4. Corona temporal o provisoria.
5. Recubrimientos o coronas permanentes, cuando el diente no presente deterioro ni fracturas.

Servicios de reparación y ajustes protésicos (dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales y puentes)

Acondicionamiento de tejido: cubierto una vez cada 24 meses.

Recementado de prótesis fija: cubierto una vez cada 12 meses.

Revestimiento y rebaje: cubiertos una vez cada 24 meses:

- cuando la prótesis (dentadura postiza, dentadura postiza parcial o puente) sea la prótesis permanente; y
- solo después de seis meses a partir de la colocación inicial de la prótesis (dentadura postiza, dentadura postiza parcial o puente).

Reparaciones, reemplazo de dientes artificiales rotos, reemplazo de enganches rotos: cubiertos una vez cada 12 meses:

- cuando la prótesis (dentadura postiza, dentadura postiza parcial o puente) sea la prótesis permanente;
- solo después de seis meses a partir de la colocación inicial de la prótesis (dentadura postiza, dentadura postiza parcial o puente).

Ajustes de dentadura postiza: cubiertos dos veces cada 12 meses:

- cuando la dentadura postiza sea la prótesis permanente; y
- solo después de seis meses a partir de la colocación inicial de la dentadura postiza.

Ajustes de dentadura postiza parcial o puente: cubiertos dos veces cada 12 meses:

- cuando la dentadura postiza parcial o el puente sea la prótesis permanente; y
- solo después de seis meses a partir de la colocación inicial de la dentadura postiza parcial o el puente.

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. El reemplazo de una dentadura postiza parcial existente por un puente.
2. La colocación inicial de implantes, dentaduras postizas parciales o completas, o puentes fijos para reemplazar un diente (o dientes) que se haya extraído antes de que la persona se convierta en Miembro en virtud de este Certificado. EXCEPCIÓN: Esta exclusión no se aplicará a las personas que hayan estado cubiertas continuamente por este Certificado durante más de 12 meses.
3. Cobertura para dientes faltantes por causas congénitas. EXCEPCIÓN: Esta exclusión no se aplicará a las personas que hayan estado cubiertas continuamente por este Certificado durante más de 12 meses.
4. Las prótesis fijas o extraíbles provisionarias (dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales o puentes).
5. Procedimientos de prostodoncia adicionales, electivos o mejorados, lo que incluye, entre otros, barras de conexión, dispositivos dentales sensibles y aditamentos de precisión.
6. Procedimientos diseñados para alterar, restaurar o mantener la obstrucción, lo que incluye, entre otros: incremento de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste, realineación de dientes, férulas periodontales y registros gnatólogicos.
7. La colocación o remoción de empastes sedantes, base o revestimientos que se usan en una restauración.

La cobertura se limita al tratamiento menos costoso aceptable desde el punto de vista profesional.

Servicios de prostodoncia (Dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales y puentes)

Servicios protésicos de piezas extraíbles (dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales): cubiertos una vez cada 84 meses:

- si han transcurrido 84 meses desde que se benefició la última prótesis extraíble (dentadura postiza o dentadura postiza parcial) y la dentadura postiza o dentadura postiza parcial existente debe reemplazarse porque ya no se puede reparar ni ajustar.

Servicios protésicos fijos (puente): cubiertos una vez cada 84 meses:

- si no se ha beneficiado antes ninguna de las unidades individuales del puente (como una restauración del molde o la corona) en los últimos 84 meses; y
- si han transcurrido 84 meses desde que se benefició la última prótesis extraíble (puente) y el puente existente debe reemplazarse porque ya no se puede reparar ni ajustar.

LIMITACIÓN: si faltan varios dientes, se puede beneficiar una dentadura postiza parcial extraíble, dado que sería el tratamiento menos costoso que se realiza más comúnmente. Consulte la sección Planes de tratamientos opcionales. El beneficio opcional está sujeto a todas las limitaciones del contrato correspondientes al Servicio cubierto.

LIMITACIÓN: los beneficios se limitarán a las mismas superficies y asignaciones para una restauración a base de metal. Si se realiza una restauración de metal noble o porcelana para restaurar un diente, el paciente debe pagar la diferencia de costo entre el Monto máximo permitido para el Servicio cubierto y el tratamiento opcional, más los Deducibles y/o Coseguros que correspondan al Servicio cubierto.

Cuerpo del implante, pilar y corona de un solo diente: cubiertos una vez cada 84 meses. La cobertura incluye solo la colocación quirúrgica del cuerpo del implante, el pilar del implante y la corona sobre el implante/pilar.

LIMITACIÓN: es posible que algunos servicios de implantes complementarios no estén cubiertos. Se recomienda solicitar un Presupuesto previo al tratamiento para calcular el monto de pago antes de empezar con el tratamiento.

LIMITACIÓN: los beneficios se limitarán a las mismas superficies y asignaciones para una corona a base principalmente de metal. Si se coloca una corona de metal noble o porcelana sobre el implante, el paciente debe pagar la diferencia de costo entre el Monto máximo permitido para el Servicio cubierto y el tratamiento opcional, más los Deducibles y/o Coseguros que correspondan al Servicio cubierto.

Reparación de implantes: está cubierta una vez cada 12 meses. Cubierta solo después de seis meses a partir de la colocación inicial del implante.

Imágenes de haz cónico: cubiertas una vez cada 60 meses. Cubiertas solo en conjunto con servicios cubiertos del implante.

EXCLUSIONES. NO tienen cobertura los siguientes procedimientos:

1. El reemplazo de una dentadura postiza parcial existente por un puente.
2. La colocación inicial de implantes, dentaduras postizas parciales o completas, o puentes fijos para reemplazar un diente (o dientes) que se haya extraído antes de que la persona se convierta en Miembro en virtud de este Certificado. EXCEPCIÓN: Esta exclusión no se aplicará a las personas que hayan estado cubiertas continuamente por este Certificado durante más de 12 meses.
3. Cobertura para dientes faltantes por causas congénitas. EXCEPCIÓN: Esta exclusión no se aplicará a las personas que hayan estado cubiertas continuamente por este Certificado durante más de 12 meses.
4. Las prótesis fijas o extraíbles provisionarias (dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales o puentes).
5. Procedimientos de prostodoncia adicionales, electivos o mejorados, lo que incluye, entre otros, barras de conexión, dispositivos dentales sensibles y aditamentos de precisión.
6. Procedimientos diseñados para alterar, restaurar o mantener la obstrucción, lo que incluye, entre otros: incremento de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste, realineación de dientes, férulas periodontales y registros gnatológicos.

7. La colocación o remoción de empastes sedantes, base o revestimientos que se usan en una restauración.

La cobertura se limita al tratamiento menos costoso aceptable desde el punto de vista profesional.

Ortodoncia: tratamiento necesario para la prevención y la corrección de la maloclusión de los dientes y los trastornos faciales y dentales relacionados.

Tratamiento limitado: tratamientos que no son tratamientos completos y generalmente se realizan por el movimiento leve de un diente.

Tratamiento precoz: una fase de tratamiento limitada (fase I) que se usa para prevenir o atenuar la intensidad de un tratamiento futuro.

Tratamiento integral (completo): un tratamiento completo incluye todos los registros, los aparatos y las visitas.

Terapia con aparato extraíble: un aparato que es extraíble y no está cementado ni adherido a los dientes.

Terapia con aparato fijo: un componente que está cementado o adherido a los dientes.

Radiografía cefalométrica

Imágenes bucales/faciales

Otros procedimientos quirúrgicos complejos

- **Exposición quirúrgica de diente impactado o no erupcionado por motivos ortodónticos**
- **Reposicionamiento quirúrgico de los dientes**

LIMITACIÓN: Los beneficios de ortodoncia están limitados a los servicios recibidos después de la fecha de entrada en vigencia del Miembro en virtud de este Certificado.

Pagos de ortodoncia: Debido a que los tratamientos de ortodoncia normalmente se llevan a cabo durante un periodo prolongado, los pagos de beneficios se realizan durante el curso del tratamiento. El Miembro debe tener elegibilidad continua en virtud del Certificado para poder recibir pagos de beneficios de ortodoncia continuos.

Los pagos de beneficios se realizan en montos iguales: (1) cuando comienza el tratamiento (se colocan los aparatos) y (2) luego, cada seis meses, hasta que se complete el tratamiento o hasta que se agoten los beneficios máximos de por vida (consulte Montos máximos de beneficios en el Resumen de Beneficios).

Antes de que comience el tratamiento, el Dentista tratante debe presentar un Presupuesto previo al tratamiento. Usted y su Dentista recibirán un formulario de presupuesto de beneficios. Allí se detallará el Monto máximo permitido calculado, incluido cualquier monto que deba pagar. Este formulario funciona como un formulario de reclamación cuando comienza el tratamiento.

Cuando comienza el tratamiento, el Dentista debe presentar el formulario de presupuesto de beneficios con la fecha de colocación y su firma. Después de la verificación de beneficios y elegibilidad por parte del Plan, se emitirá un pago de beneficios. Usted y el dentista también recibirán un formulario de presupuesto de beneficios nuevo/revisado. Nuevamente, este servirá como formulario de reclamación que se presentará seis meses después de la fecha de la colocación del aparato.

Beneficio mejorado para Miembros. Existen beneficios dentales mejorados a disposición de los miembros con los siguientes diagnósticos:

- Cáncer con quimioterapia
- Cáncer de cabeza y cuello con quimioterapia y/o radiación
- Trasplante de órgano sólido
- Enfermedad cardíaca
- Diabetes
- Embarazo
- Accidente cerebrovascular
- Insuficiencia renal/diálisis
- Sistema inmunitario inhibido (VIH)

Las mujeres Miembro embarazadas o diagnosticadas con diabetes gestacional son elegibles para recibir beneficios adicionales durante dos Años de cobertura como máximo. Los Miembros con los demás diagnósticos son elegibles para recibir beneficios adicionales cada Año de cobertura hasta que finalice la cobertura que les proporciona el Plan.

Para obtener los beneficios adicionales, el Miembro debe completar el formulario de inscripción para solicitar beneficios mejorados y enviarlo a: P.O. Box 9062, Oxnard, CA 93036. Los beneficios mejorados estarán disponibles el primer día del mes posterior a la recepción del formulario de inscripción para beneficios mejorados.

En la siguiente tabla, figuran los beneficios mejorados y se explica cómo se administran:

Anthem Whole Health Connection								
	Mantenimiento periodontal ¹	Limpieza periodontal y pulido radicular ²	Evaluaciones bucales y periodontales ³	Limpieza de rutina ⁴	Tratamiento paliativo ⁵	Flúor ⁶	Selladores ⁷	Desbridamiento de boca completa ⁸
Diabetes	√	√	√	√	√			√
Enfermedad cardíaca	√	√	√	√	√			√
Embarazo	√	√	√	√	√	√	√	√
Accidente cerebrovascular	√	√	√	√	√			√
Insuficiencia renal/diálisis	√	√	√	√	√	√	√	√
Cáncer de cabeza y cuello con quimioterapia/radiación	√	√	√	√	√	√	√	√
Cánceres (con quimioterapia)	√	√	√	√	√	√	√	√
Trasplante de órgano sólido	√	√	√	√	√	√	√	√
Sistema inmunitario inhibido (VIH)	√	√	√	√	√			√
¹ Cubierto en la frecuencia estándar ³ Una evaluación bucal adicional ⁵ Cubierto en la frecuencia estándar ⁷ Elimina los límites de edad								
² Un procedimiento de limpieza y pulido radicular adicional por cuadrante ⁴ Una limpieza de rutina adicional; la frecuencia se comparte con el mantenimiento periodontal ⁶ Elimina los límites de edad y proporciona un tratamiento de flúor adicional ⁸ Cubierto en la frecuencia estándar								
El Plan proporciona el 100% de cobertura para las frecuencias adicionales y los beneficios calificados indicados sin importar el deducible/monto máximo anual en conjunto con las condiciones médicas calificadas.								

Beneficio mejorado para Miembros que están inscritos en el programa Administración de cuidados médicos de Anthem. Existen beneficios dentales mejorados a disposición de los miembros inscritos en el programa Administración de cuidados médicos de Anthem que estén en administración activa con un Administrador de cuidados médicos de Anthem para las siguientes condiciones:

- Cáncer con quimioterapia
- Cáncer de cabeza y cuello con quimioterapia y/o radiación
- Trasplante de órgano sólido
- Enfermedad cardíaca
- Diabetes
- Embarazo
- Accidente cerebrovascular
- Insuficiencia renal/diálisis
- Sistema inmunitario inhibido (VIH)

En la siguiente tabla, figuran los beneficios mejorados y se explica cómo se administran:

Anthem Whole Health Connection								
	Mantenimiento periodontal ¹	Limpieza periodontal y pulido radicular ²	Evaluaciones bucales y periodontales ³	Limpieza de rutina ⁴	Tratamiento paliativo ⁵	Flúor ⁶	Selladores ⁷	Desbridamiento de boca completa ⁸
Diabetes	√	√	√	√	√			√
Enfermedad cardíaca	√	√	√	√	√			√
Embarazo	√	√	√	√	√	√	√	√
Accidente cerebrovascular	√	√	√	√	√			√
Insuficiencia renal/diálisis	√	√	√	√	√	√	√	√
Cáncer de cabeza y cuello con quimioterapia/radiación	√	√	√	√	√	√	√	√
Cánceres (con quimioterapia)	√	√	√	√	√	√	√	√
Trasplante de órgano sólido	√	√	√	√	√	√	√	√
Sistema inmunitario inhibido (VIH)	√	√	√	√	√			√
¹ Cubierto en la frecuencia estándar				² Un procedimiento de limpieza y pulido radicular adicional por cuadrante				
³ Una evaluación bucal adicional								
⁵ Cubierto en la frecuencia estándar				⁴ Una limpieza de rutina adicional; la frecuencia se comparte con el mantenimiento periodontal				
⁷ Elimina los límites de edad				⁶ Elimina los límites de edad y proporciona un tratamiento de flúor adicional				
				⁸ Cubierto en la frecuencia estándar				
El Plan proporciona el 100% de cobertura para las frecuencias adicionales y los beneficios calificados indicados sin importar el deducible/monto máximo anual en conjunto con las condiciones médicas calificadas.								

EXCLUSIONES

Esta sección indica los artículos que están excluidos y que no se consideran Servicios cubiertos. Esta información se brinda para ayudar a identificar algunos artículos comunes que pueden considerarse erróneamente Servicios cubiertos.

Los siguientes NO tienen cobertura:

- a) Servicios dentales que se han pagado en virtud de la Ley de Compensación de los Trabajadores, el programa federal Medicare o el programa federal de Administración de los Veteranos. Los beneficios que establece este Certificado no se reducirán ni se rechazarán debido a que los Servicios dentales se presten a un Suscriptor o un Dependiente que sea elegible para recibir o que esté recibiendo Asistencia médica.
- b) Servicios dentales o servicios médicos que no figuren específicamente en la sección Servicios cubiertos de este Certificado (incluidos gastos hospitalarios, cargos por medicamentos recetados y suministros o Servicios dentales que no presenten el Código de procedimiento dental de la American Dental Association).
- c) Servicios prestados por dentistas con el único propósito de mejorar la apariencia del diente si la estructura y la funcionalidad del diente son satisfactorias y no existen condiciones patológicas (caries).
- d) Servicios dentales realizados antes de la fecha en que el Miembro comenzó a ser elegible para recibir cobertura.
- e) Servicios de anestesiólogos.
- f) Servicios de anestesia, excepto si los presta un Dentista o un empleado del Dentista cuando el servicio se realiza en su consultorio y un Dentista o un empleado del Dentista certificado en su profesión para prestar servicios de anestesia.
- g) Analgesia, agentes analgésicos, óxido nitroso ansiolítico, inyecciones de fármacos terapéuticos, medicamentos y fármacos para el cuidado dental quirúrgico o no quirúrgico. NOTA: La sedación consciente intravenosa es elegible como beneficio separado cuando se realiza en conjunto con un servicio de cirugía complejo.
- h) Servicios dentales no prestados por un Dentista certificado, un médico certificado o sus empleados.
- i) Servicios dentales, aparatos o restauraciones necesarios para alterar, restaurar o mantener la obstrucción, lo que incluye, entre otros: incremento de la dimensión vertical, reemplazo o estabilización de la estructura dental perdida por desgaste, realineación de dientes, férulas periodontales y registros gnatológicos.
- j) Agentes blanqueadores y adhesivos dentales.
- k) Servicios de tratamiento de ortodoncia, a menos que se especifiquen en este Certificado como beneficio para Servicio dental cubierto.
- l) Presentaciones de casos de planes de tratamiento detallados, visitas al consultorio durante y después de las horas programadas regulares, cuando no se realicen otros servicios.
- m) Una restauración o aplique permanente (como dentadura postiza, dentadura postiza parcial, puente o corona) que no se haya cementado de forma permanente.
- n) La colocación inicial de implantes, dentaduras postizas parciales o completas, o puentes fijos para reemplazar un diente (o dientes) que se haya extraído antes de que la persona se convierta en Miembro en virtud de este Certificado. EXCEPCIÓN: esta exclusión no se aplicará a las personas que hayan estado cubiertas continuamente por este Certificado durante más de 12 meses.
- o) Correcciones de afecciones congénitas durante los primeros 12 meses de cobertura continua en virtud de este Certificado.
- p) Protectores para deportistas, microabrasión del esmalte y odontoplastia.

- q) Retratamiento o tratamiento adicional necesario para corregir o mejorar los resultados de tratamientos que previamente han sido beneficiados según el Certificado.
- r) Pruebas bacteriológicas.
- s) Servicios separados facturados si son un componente inherente de otro Servicio dental.
- t) Las prótesis fijas o extraíbles provisorias o temporales (dentaduras postizas, dentaduras postizas parciales o puentes).
- u) Servicios para el reemplazo de una dentadura postiza parcial existente por un puente.
- v) Procedimientos de prostodoncia adicionales, electivos o mejorados, lo que incluye, entre otros, barras de conexión, dispositivos dentales sensibles y aditamentos de precisión.
- w) Férulas provisorias, procedimientos temporarios o estabilización provisoria.
- x) La colocación o remoción de empastes sedantes, base o revestimientos que se usan en una restauración.
- y) Servicios o suministros que son de naturaleza médica, incluidos los servicios dentales de cirugía oral realizados en un hospital.
- z) Instrucciones para la higiene bucal, lo que incluye los consejos relativos al cuidado médico en el hogar. Algunos ejemplos de instrucciones para la higiene bucal son las instrucciones o consejos sobre la técnica de cepillado, el uso de hilo dental y/o el uso de auxiliares para la higiene oral especiales.
- aa) Cargos que superan el Monto máximo permitido.
- bb) Pruebas de vitalidad pulpar.
- cc) Pruebas de diagnóstico secundarias además de la terapia primaria.
- dd) Moldes para diagnóstico.
- ee) Tratamientos de conductos incompletos.
- ff) Exposición de coronas anatómicas.
- gg) Dispositivos de anclaje temporarios.
- hh) Las restauraciones con amalgama o compuestos que se colocan por motivos preventivos o cosméticos.
- ii) Las coronas y las restauraciones fabricadas indirectamente (incrustaciones y recubrimientos) no están cubiertas a menos que el diente esté dañado por deterioro o fractura con pérdida de la estructura dental hasta el punto en que no se puede restaurar con amalgama o resina.

Limitaciones

- a) Planes de tratamientos opcionales: en todos los casos en los que haya planes de tratamientos alternativos que tengan diferentes costos, la decisión respecto de cuál realizar será responsabilidad únicamente del Miembro y del Dentista; no obstante, si se considerara más de un plan de tratamiento para una condición dental, los beneficios pagaderos en virtud del presente serán solo por el porcentaje correspondiente del tratamiento menos costoso realizado comúnmente, y el pago del saldo restante del costo del tratamiento estará a cargo del Miembro.
- b) Cirugía reconstructiva: se proporcionarán beneficios para la cirugía reconstructiva cuando el Procedimiento dental sea relativo o subsiguiente a una cirugía como consecuencia de una lesión, enfermedad o afección de la pieza en cuestión, o cuando el Procedimiento dental se realice a un hijo Dependiente cubierto debido a una anomalía o enfermedad congénita que ha producido un defecto funcional, según lo determine el médico tratante; no obstante que esos servicios son Servicios dentales quirúrgicos reconstructivos.

- c) Los beneficios para gastos de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios que surjan de Servicios dentales realizados hasta la edad de 18 años, incluidos los servicios de ortodoncia y cirugía oral, como parte del tratamiento de defectos de nacimiento conocidos como labio leporino y paladar hendido. En el caso de los programas sin cobertura de ortodoncia: Los servicios de ortodoncia no relacionados con el tratamiento de la condición congénita de labio leporino y paladar hendido no están cubiertos por este programa de beneficios dentales. En el caso de los programas con cobertura de ortodoncia: Si la cobertura del tratamiento de labio leporino o paladar hendido está disponible en virtud de otra póliza o contrato de seguro, este Certificado será primario y la otra póliza o contrato será secundario.
- d) Algunos procedimientos son una parte integral de otro servicio prestado que cubre el Certificado. Si el Dentista factura estos procedimientos de manera separada del servicio cubierto, el Plan negará la cobertura de los procedimientos facturados por separado. Usted será responsable de los cargos de los procedimientos facturados por separado y deberá efectuar el pago directamente al Dentista.

Planes de tratamientos opcionales

En todos los casos en los que haya planes de tratamientos alternativos que tengan diferentes costos, la decisión respecto de cuál realizar será responsabilidad únicamente del Miembro y del Dentista; no obstante, si se considerara más de un plan de tratamiento para una condición dental, los beneficios pagaderos en virtud del presente serán solo por el porcentaje correspondiente del tratamiento menos costoso realizado comúnmente, y el pago del saldo restante del costo del tratamiento estará a cargo del Miembro.

CLÁUSULAS GENERALES

Contrato completo: cambios

Esta póliza, incluidas las aprobaciones y los documentos adjuntos, si los hubiese, constituyen el contrato completo de seguro. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por un funcionario ejecutivo del asegurador y a menos que dicha aprobación sea respaldada de aquí en adelante o adjunta a la presente. Ningún agente tiene la autoridad de cambiar esta póliza ni de renunciar a ninguna de sus cláusulas.

Plazo para ciertas defensas

Después de dos años de la fecha de emisión de esta póliza, no se usará ninguna declaración falsa, con la excepción de declaraciones falsas fraudulentas, realizada por el solicitante en la solicitud de la póliza para anular la póliza o rechazar una reclamación por pérdida incurrida o discapacidad (según se define en la póliza) que comience después de la fecha de vencimiento del periodo de dos años.

Periodo de gracia

Se otorgará un periodo de gracia de 31 días para el pago de cada prima que venza después de la primera prima; durante este periodo de gracia, la póliza continuará en vigencia (sujeto al derecho del asegurador de cancelarla de acuerdo con la cláusula de cancelación del presente documento).

Restablecimiento

Si alguna prima de renovación no se paga dentro del tiempo que el asegurador otorgue para el pago, una aceptación posterior de la prima por parte del asegurador o un agente debidamente autorizado por el asegurador para aceptar dicha prima, sin requerir en relación con el mismo una solicitud de restablecimiento, restablecerá la póliza; siempre y cuando el asegurador o el agente requiera una solicitud de restablecimiento y emita un recibo condicional por la prima presentada, la póliza se restablecerá luego de la aprobación de dicha solicitud del asegurador o, si no se cuenta con esa aprobación, luego del día 45 posterior a la fecha de ese recibo condicional, a menos que el asegurador haya previamente notificado al asegurador por escrito de la no aprobación de esa solicitud. La póliza restablecida cubrirá solo la pérdida que resulte de la lesión accidental sostenida después de la fecha de restablecimiento y pérdida debido a la enfermedad que pudiera comenzar más de 10 días después de esa fecha. En todo otro sentido, el asegurado y el asegurador tendrán los mismos derechos en virtud del presente que tenían en virtud de la póliza inmediatamente antes de la fecha de pago de la prima predeterminada, sujeto a las cláusulas respaldadas de aquí en adelante o adjuntas al presente en relación con el restablecimiento. Toda prima aceptada en relación con el restablecimiento se aplicará a un periodo para el que la prima no se haya pagado anteriormente, pero no a un periodo de más de 60 días antes de la fecha del restablecimiento.

Examen físico y autopsia

Por cuenta propia, el asegurador tiene el derecho y la oportunidad de examinar a la persona cuya lesión o enfermedad sea la base de la reclamación en el momento y con la frecuencia que sean razonablemente necesarios mientras una reclamación esté Pendiente y, además, realizar una autopsia en caso de muerte, siempre que no esté prohibido por la ley.

Acciones legales

No se podrá presentar ninguna acción conforme a derecho o equidad para ejecutar una recuperación sobre esta póliza antes de que hayan transcurrido 60 días de la presentación de la prueba de reclamación por escrito de acuerdo con los requisitos de esta póliza. Tampoco se podrá presentar una acción después de que hayan transcurrido tres años de la fecha en que la prueba de reclamación por escrito debía presentarse.

Cambio de beneficiario

El derecho de cambiar de beneficiario se reserva al empleado asegurado, y no se requerirá el consentimiento del beneficiario o los beneficiarios para ningún cambio de beneficiario.

Seguro de compensación para trabajadores

El Certificado no afecta ningún requisito para recibir la cobertura del seguro de compensación para trabajadores. Tampoco reemplaza ese seguro.

Relación entre las partes (Plan y dentistas participantes)

La relación entre el Plan y los Dentistas participantes es una relación de contratistas independientes. Los Dentistas participantes no son agentes ni empleados del Plan. Asimismo, ni el Plan ni ningún empleado de este son agentes ni empleados de los Dentistas participantes.

El Plan no será responsable de ninguna reclamación o demanda a causa de daños que surjan de lesiones o que de algún modo estén relacionados con lesiones que pueda sufrir un Miembro al recibir el cuidado de un Dentista participante o en las instalaciones de un Dentista participante.

El acuerdo de su Dentista participante de prestar Servicios cubiertos puede incluir incentivos financieros o relaciones de distribución del riesgo relativos a la prestación de servicios o remisiones a otros Proveedores, entre ellos los Dentistas participantes y los Dentistas no participantes. Si tiene preguntas sobre los incentivos o las relaciones de distribución del riesgo, contáctese con su Proveedor o con el Plan.

No somos responsables por los actos u omisiones del Proveedor

El Plan no se responsabiliza del cuidado real que usted recibe de cualquier persona. Este Certificado no otorga el derecho de realizar reclamaciones o de ejercer un derecho de acción contra el Plan sobre la base de lo que un Proveedor de cuidado dental, servicios o suministros haga o deje de hacer.

Tarjeta de identificación

La Tarjeta de identificación especifica el programa dental en el que usted está inscrito. Cuando recibe cuidado de un Dentista participante o de un Dentista no participante, debe presentar la Tarjeta de identificación. La posesión de una Tarjeta de identificación no otorga derecho a obtener servicios ni otros beneficios de este Certificado. Para tener derecho a recibir los servicios o beneficios, debe ser un Miembro en cuyo nombre se hayan pagado todas las Primas pertinentes según este Certificado. Si usted recibe servicios u otros beneficios a los que en ese momento no tiene derecho conforme a las cláusulas de este Certificado, deberá pagar el costo de los servicios o beneficios.

Circunstancias fuera del control del Plan

En caso de que haya circunstancias que no estén dentro del control del Plan (incluidas, entre otras, una catástrofe, epidemia, la destrucción total o parcial de instalaciones, manifestaciones violentas, rebelión civil, conflictos laborales que escapen al control del Plan, discapacidad de una parte significativa del personal de un Dentista participante o causas similares) o que la prestación de servicios de cuidado dental en virtud de este Certificado se vea demorada o se considere no viable, el Plan realizará un esfuerzo de buena fe a fin de coordinar un método alternativo para proporcionar la cobertura. En ese caso, el Plan y los Dentistas participantes deben prestar los servicios de cuidado dental en virtud de este Certificado en la medida en que sea viable y según su mejor criterio. Sin embargo, el Plan y los Dentistas participantes no serán responsables ni estarán obligados por la demora o la falta de prestación o coordinación de los servicios, si los acontecimientos mencionados anteriormente son la causa de la falta o demora.

Restablecimiento de la cobertura para militares

Los miembros de las reservas militares o la Guardia Nacional de los Estados Unidos para quienes finalice la cobertura como consecuencia de ser llamados al servicio activo, pueden tener su restablecimiento de la cobertura sin periodos de espera ni exclusiones de la cobertura para condiciones preexistentes.

Extensión de beneficios

Si finaliza este Certificado Dental, los beneficios continuarán durante un periodo de 60 días para lo siguiente:

1. La colocación de aparatos nuevos y las modificaciones a aparatos para los que se tomó una impresión maestra antes de la fecha de finalización de beneficios.
2. La colocación de una corona, puente o restauración de molde para los que se preparó el diente antes de la fecha de finalización de beneficios.

La Extensión de beneficios no se aplicará si finaliza la póliza para grupos.

Continuación del cuidado tras la baja de un Dentista participante

Luego de la finalización del contrato u otro acuerdo con un Dentista participante, seremos responsables de pagar el costo de los Servicios cubiertos (que no sean el coseguro y el deducible correspondiente) prestados por ese Dentista participante a un Miembro que conserve la elegibilidad en virtud de este Certificado o por operación de la ley, y que esté bajo el cuidado de ese Dentista participante en el momento de la finalización, y ese Dentista participante continuará prestando esos servicios para el tratamiento en progreso al Miembro de acuerdo con los términos de este Certificado, hasta que se complete el tratamiento en progreso, hasta un máximo de 90 días a menos que haya disposiciones razonables y médicamente adecuadas para la finalización del tratamiento en progreso por parte de otro Dentista participante.

Coordinación de beneficios

Se aplican normas especiales de Coordinación de Beneficios (COB) cuando usted o los miembros de su familia tienen cobertura de cuidado dental adicional a través de otros planes dentales grupales, incluidos los siguientes:

- planes de seguro para grupos, incluidos otros planes de Anthem;
- planes de fiduciarios de gestión laboral, planes de salud de sindicatos, planes de bienestar de empleadores, planes de organización de empleadores o planes de organización de beneficios de empleados; y
- cobertura conforme a cualquier programa gubernamental o subvencionado en la medida permitida por la ley.

Todos los beneficios proporcionados conforme a este acuerdo están sujetos a esta cláusula. Sin embargo, esta cláusula de COB no aumentará los beneficios. Esta cláusula se aplica si el pago total en virtud de este acuerdo sin esta cláusula y en virtud de cualquier otro contrato es mayor que el valor de los servicios cubiertos.

Cobertura primaria y cobertura secundaria. Cuando un miembro está inscrito además en otro plan dental grupal, una cobertura pagará los beneficios en primer lugar (será primaria) y la otra pagará los beneficios en segundo lugar (será secundaria). La cobertura primaria pagará los beneficios primero. La decisión de qué cobertura será primaria o secundaria se toma conforme a las normas de determinación de los beneficios.

Cuando proporcionemos cobertura secundaria, primero calcularemos el monto que se hubiera pagado si hubiéramos sido el plan primario. Luego, coordinaremos los beneficios para que la combinación del pago del plan primario y nuestro pago no supere el monto que hubiéramos pagado si fuéramos el plan primario.

Definición de “otro contrato”. La expresión “otro contrato” hace referencia a cualquier acuerdo que proporcione servicios o beneficios de cuidado dental mediante:

- cobertura de seguro global o grupal;
- cobertura del grupo Anthem, de una organización de mantenimiento de la salud y otras coberturas prepagas;
- cobertura en virtud de planes de fiduciarios de gestión laboral, planes de salud de sindicatos, planes de organización de empleadores o planes de organización de beneficios de empleados; y
- cobertura conforme a cualquier programa gubernamental o subvencionado en la medida permitida por la ley.

Si existe más de otro contrato, esta cláusula se aplicará a cada uno por separado. Si otro contrato tiene una cláusula de coordinación de beneficios que se aplique a solo parte de sus servicios, los términos de este párrafo se aplicarán por separado a esa parte y a las otras partes.

Anthem no determinará la existencia de ningún otro contrato ni el monto de los beneficios pagaderos conforme a ningún otro contrato salvo este acuerdo. El pago de los beneficios conforme a este acuerdo se verá afectado por los beneficios pagaderos según los otros contratos únicamente cuando Anthem reciba información sobre los otros contratos.

Si tanto las normas de este acuerdo como las del otro contrato establecen que este acuerdo es primario, entonces lo será. Cuando Anthem determine que este acuerdo es secundario conforme a las normas descritas a continuación, los beneficios se coordinarán de modo que la suma de nuestro pago más el pago del otro contrato no exceda el *Monto máximo permitido* de Anthem para los *servicios cubiertos*.

Normas sobre la determinación del orden de beneficios

1. Coordinación de Beneficios (COB) de servicios dentales pediátricos Si los beneficios esenciales de cuidado dental pediátrico se incluyen como parte del plan médico, el plan médico será la cobertura primaria y cualquier plan dental independiente será secundario.
2. Si tiene dos planes dentales, el plan que incluya beneficios esenciales de cuidado dental pediátrico será la cobertura primaria.
3. Si no se aplica ninguno de los anteriores, las normas sobre la determinación del Orden de beneficios a continuación determinarán la coordinación de beneficios.
4. Si está cubierto por un plan como asegurado primario y por otro plan como dependiente, el plan para el que usted es asegurado primario será la cobertura primaria.
5. Según lo requerido por la ley, si usted o un dependiente también tienen cobertura de Medicare, este plan siempre será el primario.
6. Para los hijos que tienen cobertura a través de los contratos de ambos padres, se aplicarán las siguientes normas:
 - a. El contrato del padre o la madre cuyo cumpleaños tiene lugar primero en el año calendario será el contrato primario.
 - b. Si los padres están separados o divorciados, se aplicarán las siguientes normas especiales:
 - i. Si el padre o la madre que tiene la custodia no ha vuelto a contraer matrimonio, el contrato de ese padre o madre será el primario.
 - ii. Si el padre o la madre que tiene la custodia ha vuelto a contraer matrimonio, el contrato de ese padre o madre será el primario y el contrato del padrastro o la madrastra será el secundario. Los beneficios del contrato del padre o la madre que no tiene la custodia se determinarán al final.
 - iii. Las normas antes mencionadas se pueden modificar por resolución judicial:
 - Una resolución judicial que ordene a uno de los padres ser responsable de los gastos médicos hará que el contrato de ese padre o madre sea primario, pero solo si se notifica la resolución judicial a la entidad que presta los beneficios antes de solicitar los beneficios.

- Si la resolución judicial no indica que uno de los padres es responsable de los gastos médicos y ambos padres tienen la custodia conjunta, el contrato del padre o la madre cuyo cumpleaños tenga lugar primero en el año calendario será el primario.
- 7. Si el otro contrato incluye la norma de género, regirá dicha norma en lugar de las normas antes mencionadas. La norma de género establece que el contrato del padre será primario en lo que respecta a los hijos.
- 8. Si existen situaciones no contempladas anteriormente, el contrato que haya estado en vigencia durante el periodo más largo (sin interrupción) será el primario. Existe una excepción a esta norma. El contrato que brinda cobertura a un empleado en actividad (o su dependiente) será el primario. El contrato de un empleado despedido, un empleado jubilado o una persona bajo opciones de continuidad de la cobertura según la ley federal o estatal será el secundario.
- 9. Si otro contrato tiene normas diferentes de las antes mencionadas que no sea la norma de género, ese contrato será el primario.

Si los pagos se debieron realizar según este contrato conforme a las normas de esta cláusula, pero se efectuaron de conformidad con otro contrato, Anthem podrá pagarle a una entidad (proveedor, otra compañía de seguros, etc.) que haya pagado un monto que determine que cumpla con la intención de esta cláusula. Estos montos se considerarán beneficios pagados conforme a este acuerdo. Al efectuarse este pago, Anthem ya no será responsable conforme a este acuerdo.

Relación entre las partes (Grupo, Miembro y Plan)

Ni el Grupo ni el Miembro es el agente o representante del Plan.

El Grupo es el agente fiduciario del Miembro. El aviso del Plan al Grupo se considerará un aviso vigente para el Miembro. Es el deber del Grupo notificar al Plan sobre información de elegibilidad de manera oportuna. El Plan no es responsable de pagar los Servicios cubiertos de los Miembros si el Grupo no le proporciona al Plan una notificación a tiempo de las inscripciones o terminaciones de los Miembros.

Conformidad con la ley

Toda cláusula de este Certificado que esté en conflicto con las leyes del estado en el que se emitió el Contrato Dental Grupal, o con la ley federal, queda enmendado automáticamente por el presente para ajustarse a los requisitos mínimos de dichas leyes. **Leyes vigentes:** se utilizarán las leyes del estado de California para interpretar cualquier parte de esta Póliza.

Modificaciones

Este Certificado permite que el Grupo ponga a disposición la cobertura del Plan a los Miembros elegibles. Sin embargo, este Certificado estará sujeto a enmiendas, modificaciones y terminación de acuerdo con sus cláusulas, el Contrato Dental Grupal o por acuerdo mutuo entre el Plan y el Grupo, sin el permiso o la participación de los Miembros. Los cambios no se aplicarán hasta 30 días después de que proporcionemos una notificación escrita al Grupo respecto del cambio. Al aceptar los beneficios del Plan, todos los Miembros que sean legítimamente capaces de celebrar contratos y los representantes legales de los Miembros sin tal capacidad, aceptan todos los términos, condiciones y cláusulas establecidos en este Certificado.

Derecho de recuperación

Cuando el monto que pagamos supere nuestra responsabilidad conforme a este Certificado, tenemos derecho a recuperar el monto excedente. Ese monto puede recuperarse de usted, la persona a quien se hizo el pago o cualquier otro plan. La solicitud de recuperación debe presentarse dentro de los 365 días posteriores al pago inicial.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Todas las reclamaciones deben presentarse dentro de los 12 meses de la fecha de servicio. Se hará una determinación de beneficios inicial relativa a la reclamación dentro de los 30 días después de recibir la reclamación. Usted recibirá una notificación escrita de esta determinación de beneficios. El periodo de 30 días puede extenderse por 15 días adicionales si la determinación de la reclamación se demora por motivos que no estén dentro de nuestro control. En ese caso, le enviaremos una notificación antes de que transcurra el periodo de 30 días inicial sobre las circunstancias que requieran una prórroga y la fecha en la cual esperamos llegar a una decisión. Si es necesaria la prórroga para solicitarle a usted información adicional, en el aviso se describirá la información específica que necesitamos y usted tendrá 45 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información. Sin información completa, rechazaremos la reclamación.

Apelaciones

En caso de que rechazemos una reclamación (de manera total o parcial), usted tendrá derecho a solicitar una revisión completa y justa. La solicitud de revisión de una reclamación debe ser escrita y enviarse dentro de los 180 días a partir del rechazo de la reclamación. Haremos una determinación de beneficios dentro de los 60 días a partir de que recibamos la apelación.

La apelación debe incluir su nombre, número de identificación, número de grupo, número de reclamación y el nombre del dentista como figura en la Explicación de beneficios. Envíe la apelación a:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
Attention: Appeals Unit
PO Box 1122
Minneapolis, MN 55440-1122

Puede presentar comentarios escritos, documentos y demás información para respaldar la apelación. También recibirá, cuando lo solicite y sin costo alguno, acceso razonable a todos los expedientes que se consideraron para tomar la decisión y sean relevantes para la apelación, así como a copias de estos. La revisión tendrá en cuenta toda la información relativa a la reclamación rechazada o reducida (presentada o disponible o no en el momento de la determinación inicial) y la determinación inicial no pesará.

La revisión será realizada por una persona diferente de quienes tomaron la decisión original y sin tener en cuenta la decisión anterior. Dado que todas las determinaciones de beneficios se basan en una programación predefinida de los Servicios dentales elegibles en virtud del Plan, las reclamaciones no se revisan para determinar la necesidad dental o su pertinencia. En todos los casos en lo que se requiera el juicio profesional para determinar si un procedimiento está cubierto en la Lista de beneficios del plan, consultaremos a un profesional dental que cuente con la capacitación y la experiencia necesarias. En tal caso, este profesional no será la misma persona cuyo asesoramiento se obtuvo en relación con la determinación adversa de beneficios (ni un subordinado de dicha persona). Además, identificaremos al profesional dental cuyo asesoramiento se obtuvo en nuestro nombre, sin tener en cuenta si el asesoramiento se consideró para determinar los beneficios. Si, después de la revisión, mantenemos el rechazo de la reclamación, le enviaremos una notificación escrita.

En la medida en que su plan esté cubierto por ERISA, una vez que haya agotado todas las apelaciones, puede presentar una acción civil conforme al artículo 502(a) de la Ley ERISA.

Representante autorizado

Puede autorizar a otra persona para que lo represente y con quien quiera que nos comuniquemos en relación con las reclamaciones o una apelación específicas. No obstante, no se requiere autorización alguna para que el dentista tratante haga una reclamación o apelación en su nombre. El formulario de autorización debe ser escrito, estar firmado por usted e incluir toda la información requerida en nuestro formulario de Representante autorizado. Este formulario está disponible en nuestro sitio web y también puede solicitarlo llamando al Departamento de Servicio al Cliente al (844) 729-1565. Puede revocar la designación del representante autorizado en cualquier momento y puede autorizar únicamente a una persona por vez como representante.

ARBITRAJE VINCULANTE

TODAS LAS DISPUTAS, INCLUIDAS LAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL PLAN O CUALQUIER OTRO PROBLEMA RELACIONADO CON EL PLAN O CON RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA, ENTRE OTRAS, DEBEN RESOLVERSE MEDIANTE ARBITRAJE VINCULANTE SI EL MONTO EN DISPUTA SUPERA EL LÍMITE JURISDICCIONAL DEL TRIBUNAL PARA RECLAMACIONES DE MENOR CUANTÍA Y LA DISPUTA PUEDE SOMETERSE A ARBITRAJE VINCULANTE CONFORME A LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES APLICABLES, INCLUIDA LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y DE CUIDADO MÉDICO A BAJO PRECIO, ENTRE OTRAS.

Se entiende que cualquier disputa, incluidas las disputas relacionadas con la prestación de servicios en virtud del plan o cualquier otra cuestión relacionada con el plan, incluida cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si los servicios médicos prestados en virtud de este contrato fueron innecesarios o no autorizados, o fueron prestados de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará sometiendo la disputa a arbitraje, según lo dispuesto por la ley de California, y no mediante una demanda o recurso a un procedimiento judicial, excepto que la ley de California disponga una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, renuncian al derecho constitucional de que dichas disputas sean resueltas por un tribunal ante un jurado y aceptan, en su lugar, el uso del arbitraje.

USTED Y ANTHEM BLUE CROSS LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY ACUERDAN REGIRSE POR ESTA CLÁUSULA DE ARBITRAJE Y RECONOCEN QUE RENUNCIAN AL DERECHO DE TENER UN JUICIO CON JURADO O PARTICIPAR EN UNA DEMANDA COLECTIVA PARA AMBAS DISPUTAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN VIRTUD DEL PLAN O CUALQUIER OTRA CUESTIÓN RELACIONADA CON EL PLAN Y LAS RECLAMACIONES POR NEGLIGENCIA MÉDICA.

La Ley de Arbitraje Federal regirá la interpretación y el cumplimiento de todos los procedimientos conforme a la cláusula de Arbitraje Vinculante. En la medida en que la Ley Federal de Arbitraje no sea aplicable o no se requiera el arbitraje para una reclamación en particular, se aplicará la ley estatal que rige los acuerdos de arbitraje.

Los resultados del arbitraje serán definitivos y vinculantes, excepto en la medida en que la ley estatal o federal disponga la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje.

El arbitraje se inicia cuando el Miembro realiza una demanda por escrito contra Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company. El arbitraje lo llevará a cabo un árbitro neutral único de los Servicios de Mediación y Arbitraje Judicial ("JAMS"), de acuerdo con los Procedimientos y las Normas aplicables de JAMS. Si, por cualquier razón, los JAMS no están disponibles para llevar a cabo el arbitraje, este será llevado a cabo por un árbitro neutral único de otra entidad de arbitraje neutral, por acuerdo entre el Asegurado y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company, o por orden del tribunal, si el Asegurado y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company no pueden llegar a un acuerdo. Si las partes no pueden llegar a un acuerdo sobre el árbitro neutral individual, el árbitro se seleccionará conforme a la Norma 15 de los JAMS (o cualquier norma posterior).

Los costos del arbitraje se asignarán según la Política sobre Arbitrajes del Consumidor de los JAMS. A menos que usted y Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company acuerden lo contrario, el árbitro no puede consolidar las reclamaciones de más de una persona y no puede presidir ninguna forma de procedimiento representativo o colectivo.

Envíe las demandas de arbitraje vinculante por escrito a la siguiente dirección:

Anthem Blue Cross Life and Health Insurance Company
PO Box 1122
Minneapolis, MN 55440-1122

LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS (ERISA)

Administración del plan

El Administrador del Plan, que figura en la parte interna de la tapa de este folleto, es un fiduciario designado conforme al Programa y será responsable de administrar y controlar este Programa.

El Administrador del Plan es responsable de determinar el nivel de beneficios para el Programa como se describe en este folleto. El Administrador del Plan se reserva el poder en cualquier momento y de vez en cuando (y en forma retroactiva, si es necesario o apropiado para cumplir los requisitos del código o ERISA) de modificar o enmendar, en forma total o parcial, todas y cada una de las cláusulas del Plan, siempre y cuando ninguna modificación o enmienda despoje a un empleado de los derechos a esos beneficios que ha adquirido en virtud del Plan.

Política de financiamiento y pago

La política y método de financiamiento requiere que el Suscriptor del Grupo presente pagos en forma mensual.

Procedimiento para solicitar información

Si tiene preguntas sobre este Programa, comuníquese con el Administrador del Plan que figura en la parte interna de la tapa de este folleto.

Declaración de derechos conforme a la ley ERISA

Como participante en el Programa, tiene ciertos derechos y protecciones según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para Empleados de 1974 (ERISA). La ley ERISA determina que todos los participantes del Plan tendrán derecho a lo siguiente:

1. Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares establecidos para ello, como lugares de trabajo y salones de sindicatos, todos los documentos del Plan, lo que incluye contratos de seguro y copias de todos los documentos presentados por el plan al Departamento de Trabajo de EE. UU., como informes anuales detallados y descripciones del Plan.
2. Obtener copias de todos los documentos del Plan y otra información del Plan mediante solicitud por escrito al administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por estas copias.
3. Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Según lo requerido por la ley, el Administrador del Plan debe proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

Además de generar derechos para los participantes del Plan, la ERISA impone obligaciones a las personas que administran el Plan de beneficios del empleado. Las personas que administran su Plan, llamados "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y resguardando sus intereses y los de los otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluidos su Grupo, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo ni tampoco discriminarlo de ningún modo para impedirle obtener acceso a beneficios de asistencia social o ejercer sus derechos en virtud de la ley ERISA. Si su reclamación de un beneficio de asistencia social se rechaza, total o parcialmente, usted debe recibir una explicación por escrito del motivo del rechazo. Usted tiene derecho a que el Plan evalúe y vuelva a considerar su reclamación.

En virtud de la ley ERISA, puede tomar medidas para hacer cumplir los derechos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si solicita materiales al Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En este caso, el tribunal puede exigir que el Administrador del Plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$110.00 por día hasta que usted reciba los materiales, salvo que estos no se envíen por motivos que escapen al control del Administrador del Plan. Si tiene una reclamación de beneficios que se rechaza o ignora, total o parcialmente, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. En caso de que los fiduciarios del plan hagan un mal uso del dinero del Plan o que lo discriminen por hacer valer su derecho, puede solicitar ayuda al Departamento de Trabajo de los EE. UU. o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los cargos legales. Si descubre que su reclamación no tiene fundamento, deberá pagar estos costos y cargos. Si tiene preguntas sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme a la ley ERISA, debe contactarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad para los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., cuyo número está publicado en su directorio telefónico, o con la División de Asistencia Técnica y Consultas: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

ANTHEM DENTAL

POR RECLAMACIONES Y ELEGIBILIDAD

Anthem Dental Claims
P.O. Box 1115
Minneapolis, Minnesota 55440-1115
(844) 729-1565

POR APELACIONES

P.O. Box 1122
Minneapolis, Minnesota 55440-1122