

brand new day

HEALTHCARE YOU CAN FEEL GOOD ABOUT

Anexo De Beneficios Dentales

Brand New Day Health Plan

Medi Medi Wrap CAC95

Administrado por:



Delta Dental of California

H0838_Brochure-2024_2974_C SP

Índice

Introducción	2
Definiciones	4
Cómo utilizar este plan: elección del proveedor participante.....	5
Continuidad de la atención.....	6
Accesibilidad a los centros	6
Beneficios, limitaciones y exclusiones	7
Copagos y otros cargos	7
Servicios de emergencia	7
Servicios de especialistas	8
Segundas opiniones	8
Reclamaciones de reembolso	8
Compensación para proveedores.....	8
Políticas de procesamiento.....	9
Coordinación de beneficios.....	9
Proceso de quejas y apelaciones	10
Renovación y terminación de los beneficios.....	10
Cancelación de la inscripción	10
Lista A: descripción de beneficios y copagos	11
Lista B: limitaciones y exclusiones de los beneficios.....	15

INTRODUCCIÓN

Nos complace darle la bienvenida al plan dental BRAND NEW DAY. Su plan está administrado por Delta Dental of California (“Delta Dental”). Nuestro objetivo es brindarle cuidado dental de alta calidad y ayudarlo a mantener una buena salud dental. Le recomendamos que no espere a tener un problema para ver al dentista, sino que lo vea regularmente.

Este plan está disponible en los siguientes condados: Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Merced, Orange, Placer, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Santa Cruz, Solano, Stanislaus, Tulare y Yolo.

Cómo usar esta Evidencia de Cobertura

Este Apéndice de Beneficios Dentales (“Plan”), que incluye el Anexo A, la Lista de Copagos y el Anexo B, Servicios, Limitaciones y Exclusiones, divulga los términos y condiciones de su cobertura y está diseñado para ayudarlo a aprovechar al máximo su plan dental. Lo ayudará a comprender cómo funciona su Plan y cómo obtener cuidado dental. Lea este folleto por completo y con atención. Lea la sección Definiciones, en la cual se explican todas las palabras que tienen significados especiales o técnicos en este Plan.

Las explicaciones de los beneficios que se encuentran en este folleto del Plan están sujetas a todas las disposiciones del Contrato estipulado con BRAND NEW DAY (“Titular del Contrato”) y no modifican los términos ni las condiciones del Contrato de ninguna manera, así como usted tampoco adquirirá ningún derecho por las declaraciones u omisiones de este folleto.

Aviso: *Este folleto del Plan es un resumen de su plan dental y su exactitud debe verificarse antes de recibir tratamiento. Esta información no es una garantía de Beneficios, servicios o pagos cubiertos.*

Contáctenos

Para obtener más información, visite www1.deltadentalins.com/brand-new-day-medical-medicare o llame al Centro de Servicio al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638 (TTY 711). Un representante de Servicio al Cliente puede responder las preguntas que usted tenga acerca de cómo obtener el cuidado dental, ayudarlo a ubicar a un proveedor participante de Delta Dental, explicarle los beneficios, consultar el estado de una reclamación y ayudarlo a presentar una reclamación.

Puede acceder a la línea de información automatizada de Delta Dental llamando al 844-282-7638 (TTY 711) durante el horario comercial habitual para obtener información acerca de la elegibilidad y los Beneficios de los Miembros, el estado de una reclamación o para hablar con un Representante de Servicio al Cliente para obtener asistencia. Si prefiere comunicarse con Delta Dental por escrito para plantear sus dudas, envíe una carta a la siguiente dirección:

Delta Dental
1130 Sanctuary Parkway
Alpharetta, Georgia 30009

DEFINICIONES

Los términos que aparecen en mayúsculas en este folleto del Plan tienen significados definidos que aparecen en la siguiente sección o a lo largo de las secciones del folleto.

Apelación: es lo que usted hace si no está de acuerdo con la decisión de negación de una solicitud de servicios de cuidado dental o pago de los servicios que ya recibió. También puede hacer una apelación si no está de acuerdo con la decisión de detener los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si nuestro Plan no paga por un servicio que usted cree que debería poder recibir.

Beneficios: son los servicios dentales que tiene derecho a recibir en virtud de este Plan.

Año Calendario: los 12 meses del año desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre.

Formulario de Reclamación: el formulario estándar utilizado para presentar una reclamación o solicitar un Presupuesto Previo al Tratamiento.

Contrato: el Acuerdo entre el Plan BRAND NEW DAY y Delta Dental of California para la Prestación de Servicios Dentales.

Titular del contrato: Plan BRAND NEW DAY.

Costos Compartidos: los montos que se pueden cobrar a un Miembro como la participación del Miembro en el costo por la prestación de servicios cubiertos. Los costos compartidos en virtud de este Plan consisten en los copagos enumerados en el Anexo A.

Proveedor Participante de Delta Dental (Proveedor Participante): se refiere a una persona con la licencia correspondiente para ejercer la odontología cuando y donde se haya realizado y que haya firmado un contrato con Delta Dental para aceptar participar en este Plan y proporcionar servicios cubiertos en odontología general a los Miembros.

Servicios de Emergencia: se refiere al cuidado dental proporcionado a un Miembro necesario para tratar una enfermedad dental que se manifiesta como un síntoma de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, que en caso de no atenderse de forma inmediata, el Miembro podría razonablemente esperar que derive en: (i) un grave peligro para la salud dental del Miembro, o (ii) un deterioro grave de sus funciones dentales.

Fecha de Entrada en Vigencia: la fecha original en la que comienza el Plan. Esta fecha se encuentra en la portada de este folleto y en el Anexo A.

Miembro: persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en el Plan y cuya inscripción ha sido confirmada por CMS.

Proveedor No Participante: dentista que no ha firmado un acuerdo con Delta Dental para ser un Proveedor Participante en virtud de este Plan.

Plan: este plan dental que describe los Beneficios, las limitaciones, las exclusiones, los términos y condiciones de cobertura para los Miembros inscritos en el Medicare Advantage Plan del Titular del Contrato.

Año del Contrato: los 12 meses a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia y cada periodo de 12 meses de ahí en adelante.

Presupuesto Previo al Tratamiento: estimado de los Beneficios autorizados conforme al Plan para los servicios ofrecidos.

Código del Procedimiento: el número del Current Dental Terminology[®] (CDT) asignado a un Procedimiento Único por la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés).

Razonable: se refiere a que un Miembro aplica un juicio prudente al determinar que existe una emergencia dental y realiza al menos un intento de ponerse en contacto con su Proveedor Participante para obtener Servicios de Emergencia y, en caso de que el Proveedor Participante no esté disponible, hace al menos un intento de ponerse en contacto con Delta Dental para pedir ayuda antes de buscar atención por parte de otro Proveedor Participante.

Procedimiento Único: procedimiento dental al que se le asigna un Código del Procedimiento independiente.

Servicios de especialistas: son servicios prestados por un dentista con la licencia correspondiente especializado en cirugía bucal, endodoncia, periodoncia u odontología pediátrica, que deben ser preautorizados por escrito por Delta Dental.

Tratamiento en Curso: se refiere a todo procedimiento dental único, según se define en el Código del Procedimiento, que haya sido iniciado mientras el Miembro era elegible para recibir Beneficios, y que requiere varias citas para que se complete el procedimiento, independientemente de si el Miembro sigue siendo elegible para recibir tales Beneficios conforme al Plan. Algunos ejemplos son: dientes que fueron preparados para la colocación de coronas, conductos radiculares en los que se estableció un tiempo de trabajo, o dentaduras postizas completas o parciales para las que se tomó una impresión.

Cómo utilizar este Plan: elección del Proveedor Participante

Para recibir Beneficios en virtud de este Plan, debe seleccionar un Proveedor Participante en el directorio de Proveedores Participantes. Si no selecciona a un Proveedor Participante o el Proveedor Participante seleccionado por usted deja de estar disponible, le solicitaremos que seleccione a otro Proveedor Participante o le asignaremos uno. Puede cambiar su Proveedor Participante asignado dirigiendo una solicitud al departamento de Servicio al Cliente al 844-282-7638 de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Para garantizar que se notifique a su Proveedor Participante y que nuestras listas de elegibilidad sean correctas, los cambios de Proveedores Participantes deben solicitarse antes del día 21 del mes para que entre en vigencia dicho cambio el primer día del mes siguiente.

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía que le informará la fecha de entrada en vigencia de su Plan, así como la dirección y el número de teléfono de su Proveedor Participante. Después de la fecha de entrada en vigencia que aparece en su paquete de membresía, usted podrá obtener servicios dentales conforme al Plan. Para hacer una cita, simplemente llame al centro de su Proveedor Participante e identifíquese como Miembro a través del Plan BRAND NEW DAY. Las preguntas con

respecto a la disponibilidad de las citas y la accesibilidad de los Proveedores Participantes deben dirigirse al departamento de Servicio al Cliente al 844-282-7638 (usuarios de TTY 711).

CADA MIEMBRO DEBE ACUDIR A SU PROVEEDOR PARTICIPANTE ASIGNADO PARA OBTENER LOS SERVICIOS CUBIERTOS, EXCEPTO LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA O LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS POR UN ESPECIALISTA, QUE DEBEN SER AUTORIZADOS PREVIAMENTE POR ESCRITO POR DELTA DENTAL. NINGÚN OTRO TRATAMIENTO ESTÁ CUBIERTO EN VIRTUD DE ESTE PLAN.

Si el acuerdo de su Proveedor Participante asignado con Delta Dental finalizara, dicho Proveedor Participante completará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la que se hayan tomado impresiones finales y (b) cualquier trabajo realizado en cada diente en el que se haya comenzado a trabajar (por ejemplo, la finalización de un tratamiento de conductos radiculares en curso y la entrega de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Continuidad de la atención

Miembros existentes:

En el caso de ciertas enfermedades dentales especificadas, usted podría tener derecho a recibir la finalización de cuidado con el Proveedor Participante que ya no está contratado. Llame a Servicio al Cliente al 844-282-7638 de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política sobre la continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para continuar recibiendo la atención de su Proveedor Participante que ya no está contratado. No tenemos la obligación de continuar su atención con ese Proveedor Participante si usted no es elegible para la cobertura de conformidad con este Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su Proveedor Participante que ya no está contratado respecto a los términos de su atención.

Miembros nuevos:

Puede tener derecho al beneficio calificado de finalizar el cuidado con su Proveedor No Participante para determinadas enfermedades dentales especificadas. Llame al departamento de Servicio al Cliente al 844-282-7638 de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si puede ser elegible para este beneficio. Puede solicitar una copia de nuestra Política sobre la continuidad de la atención. Debe realizar una solicitud específica para que su Proveedor No Participante actual lo siga atendiendo. No tenemos la obligación de continuar su atención con ese dentista si usted no es elegible de conformidad con el Plan o si no podemos llegar a un acuerdo con su dentista respecto a los términos de su atención.

Accesibilidad a los centros

Muchos centros ofrecen a Delta Dental información sobre las características especiales de sus consultorios, incluida la información de accesibilidad para los pacientes con problemas de movilidad. Para obtener información sobre la accesibilidad al centro, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638 de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Beneficios, limitaciones y exclusiones

Este Plan proporciona los Beneficios descritos en el Anexo A, *Descripción de Beneficios y Copagos*, sujeto a las limitaciones y exclusiones descritos en el Anexo B. Los servicios se llevan a cabo según se considere apropiado por su Proveedor Participante tratante. Un Proveedor Participante puede prestar servicios ya sea personalmente o a través de técnicos, higienistas o dentistas asociados que puedan proporcionar estos servicios legalmente.

Copagos y otros cargos

Debe pagar todos los Copagos enumerados en el Anexo A, *Descripción de Beneficios y Copagos* directamente al Proveedor Participante o Especialista que brinda el tratamiento. Los cargos por citas canceladas (a menos que avise al dentista con 24 horas de anticipación como mínimo o que una emergencia no le permita hacerlo) y los cargos por las consultas después del horario normal de atención se detallan en la sección *Descripción de Beneficios y Copagos*.

Servicios de Emergencia

Si necesita Servicios de Emergencia, póngase en contacto con su Proveedor Participante siempre que sea posible. Si es un nuevo Miembro que necesita Servicios de Emergencia, pero aún no tiene un Proveedor Participante asignado, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda sobre cómo localizar a un Proveedor Participante. Los Beneficios de Servicios de Emergencia prestados por un Proveedor No Participante están limitados a la atención necesaria para estabilizar su enfermedad o brindar alivio paliativo cuando usted:

- 1) haya hecho un intento Razonable de ponerse en contacto con el Proveedor Participante y el Proveedor Participante no esté disponible o no pueda atenderlo en un plazo de 24 horas a partir del momento en que usted se comunicó; o
- 2) haya hecho un intento razonable de ponerse en contacto con Delta Dental antes de recibir los Servicios de Emergencia, o sea razonable para usted acceder a los Servicios de Emergencia sin contacto previo con Delta Dental; o
- 3) crea razonablemente que, debido a su enfermedad, es inadecuado desde el punto de vista dental o médico trasladarse hasta el lugar donde atiende el Proveedor Participante para recibir los Servicios de Emergencia.

Los Beneficios de Servicios de Emergencia no brindados por el Proveedor Participante están limitados a un límite máximo de \$100.00 por emergencia menos el Copago aplicable. Si se supera el límite máximo o no se cumplen las condiciones que se mencionaron antes, usted será responsable de pagar cualquier cargo por los servicios de un dentista que no sea su Proveedor Participante.

Servicios especializados

Los Servicios Especializados deben recibirse por referencia del Proveedor Participante asignado, y Delta Dental debe autorizarlos previamente por escrito. Todos los servicios de especialistas autorizados previamente correrán por nuestra cuenta, menos los copagos correspondientes.

Segundas opiniones

Puede solicitar una segunda opinión si usted no está de acuerdo o si cuestiona el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento elaborados por su Proveedor Participante. Delta Dental también puede solicitar que usted obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la pertinencia del tratamiento dental o la aplicación de los Beneficios.

Las segundas opiniones serán proporcionadas por un dentista con la licencia correspondiente de manera oportuna y adecuada para la naturaleza de su enfermedad. Las solicitudes relacionadas con casos de amenaza inminente y grave para la salud se resolverán de manera urgente (la autorización se aprueba o se rechaza en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud, cuando sea posible). Para obtener ayuda o información adicional con respecto a los procedimientos y plazos para las autorizaciones de segunda opinión, póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638, de lunes a domingo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o escribir a Delta Dental.

Las segundas opiniones se brindarán en el centro de otro Proveedor Participante, a menos que Delta Dental autorice otra cosa. Delta Dental autorizará una segunda opinión de un Proveedor No Participante si no hay disponible un Proveedor Participante debidamente calificado. Delta Dental pagará solamente las segundas opiniones que Delta Dental haya aprobado o autorizado. En caso de que Delta Dental no autorice la segunda opinión, se le enviará una notificación por escrito. Si usted no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una apelación ante BRAND NEW DAY. Consulte la sección de este folleto titulada "Proceso de Quejas y Apelaciones" a continuación para obtener una explicación de cómo presentar una Apelación.

Reclamaciones de reembolsos

Las reclamaciones por Servicios de Emergencia o Servicios Especializados autorizados previamente deben presentarse ante Delta Dental en un plazo de 90 días a partir de la fecha en la que finalice el tratamiento. Se revisarán las reclamaciones válidas que se reciban después del periodo de 90 días, si usted puede demostrar que no fue razonablemente posible presentar una queja en ese plazo. La dirección para enviar reclamaciones es: Claims Department, P.O. Box 1810, Alpharetta, GA 30023.

Compensación para Proveedores

Un Proveedor Participante recibe una compensación de Delta Dental por medio de una capitación mensual (un monto basado en el número de Miembros asignados al Proveedor Participante) y de los Miembros por medio de Costos Compartidos requeridos para el tratamiento recibido. Delta Dental compensa a un Especialista a través de un monto acordado por cada procedimiento cubierto, menos el Copago aplicable que paga el Miembro. Delta Dental no paga incentivos a un Proveedor Participante o a un Especialista en ningún caso para que niegue, reduzca, limite o retrase cualquier tratamiento apropiado.

En caso de que no podamos pagar a un Proveedor Participante, usted no deberá hacerse cargo de pagarle a dicho Proveedor Participante ninguna cantidad que nosotros le debamos. El contrato del Proveedor Participante con Delta Dental contiene una disposición que prohíbe al Proveedor Participante cobrar a un Miembro cualquier suma adeudada por Delta Dental. Excepto por las disposiciones de los *Servicios de Emergencia*, si no ha recibido Autorización previa para el tratamiento de un Proveedor No Participante o Especialista, y no le pagamos a ese dentista, usted puede ser responsable ante ese dentista por el costo de los servicios.

Puede obtener más información con respecto a la compensación llamando a Delta Dental al número de teléfono gratuito que aparece en este folleto.

Políticas de procesamiento

Las guías de cuidado dental del Plan explican a los Proveedores Participantes qué servicios están cubiertos por el Contrato dental. Los Proveedores Participantes utilizarán su juicio profesional para determinar qué servicios son apropiados para el Miembro. Los servicios proporcionados por el Proveedor Participante que se encuentren dentro del alcance de los Beneficios del Plan dental se brindarán sujetos a cualquier Copago. Si un Proveedor Participante cree que el Miembro debe recibir tratamiento de un Especialista, el Proveedor Participante se pondrá en contacto con Delta Dental para determinar si el tratamiento propuesto es un beneficio cubierto. Asimismo, Delta Dental determinará si un Especialista debe proporcionar el tratamiento propuesto. Un Miembro puede ponerse en contacto con el departamento de Servicio al Cliente de Delta Dental al 844-282-7638 de lunes a domingo de 8:00 p. m. a 8:00 p. m., los 7 días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre las guías de cuidado dental para el Plan.

Coordinación de beneficios

Este Plan otorga Beneficios independientemente de la cobertura de cualquier otra póliza de seguros de grupo o cualquier otro Plan de beneficios de salud de grupo si la otra póliza o el otro Plan cubre servicios o gastos además del cuidado dental. De lo contrario, los Beneficios que los Especialistas o Proveedores No Participantes ofrecen en virtud de este Plan se coordinan con dicha póliza de seguro dental de grupo o cualquier Plan de beneficios dentales de grupo. Las reglas que se declaran en el Contrato regirán la determinación de qué póliza o Plan es el principal.

Si este plan es el plan secundario, pagará lo que sea menor de lo siguiente:

- la cantidad que habría pagado si no hubiera otra cobertura de beneficios dentales; o
- los gastos directos totales que el afiliado deba pagar en virtud del plan de beneficios dentales principal.

Un Miembro debe proporcionar a Delta Dental cualquier información acerca del Miembro que sea necesaria para administrar la coordinación de los beneficios y Delta Dental podrá divulgarla a cualquier compañía de seguros u otra organización, o bien podrá obtenerla de estas. Delta Dental determinará, según su exclusivo criterio, si se justifica cualquier reembolso a una compañía de seguros u otra organización en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios, y cualquier reembolso pagado se considerará un Beneficio en virtud de este Plan. Delta Dental tendrá derecho a

recuperar de un dentista, un Miembro, una compañía de seguros u otra organización, de acuerdo con la decisión de Delta Dental, el monto de cualquier Beneficio pagado por Delta Dental y que exceda sus obligaciones en virtud de estas disposiciones de coordinación de beneficios.

Proceso de quejas y Apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizar no solo la calidad de la atención, sino también la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad del tratamiento se extiende desde los servicios profesionales prestados por los Proveedores Participantes hasta la cortesía con la que lo atienden nuestros representantes por teléfono. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la negación de servicios dentales o reclamaciones, las políticas, los procedimientos o las operaciones de Delta Dental, o la calidad de los servicios dentales prestados por un Proveedor Participante, tiene derecho a presentar una queja o una apelación ante BRAND NEW DAY. Consulte su folleto de evidencia de cobertura del BRAND NEW DAY para obtener información sobre el proceso de queja o póngase en contacto con BRAND NEW DAY llamando al 866-255-4795 que figura en su tarjeta de identificación de miembro del Plan BRAND NEW DAY.

Renovación y terminación de los Beneficios

Este Plan se renueva en el aniversario del plazo del contrato, a menos que informemos sobre un cambio en las primas o en los Beneficios y BRAND NEW DAY no acepte dicho cambio. Todos los Beneficios se cancelan para cualquier Miembro en la fecha en la que finalice este Plan, dicha persona deje de ser elegible en virtud de los términos de este Plan o la inscripción de dicha persona al plan se cancele en virtud de los términos de este Plan. No tenemos la obligación de continuar brindando Beneficios a ninguna persona en dicho caso, excepto para finalizar los Procedimientos Únicos que se hayan iniciado mientras este Plan estaba vigente.

Cancelación de la inscripción

Para ser elegible para los Beneficios de acuerdo con este Plan, usted debe estar inscrito en alguno de los diversos planes de salud Medicare Advantage o productos que ofrece BRAND NEW DAY. Si usted pierde su elegibilidad o cancela su inscripción en el Plan BRAND NEW DAY, no es elegible para recibir Beneficios de acuerdo con este Plan. Consulte el folleto de Evidencia de Cobertura de BRAND NEW DAY para conocer los términos y las condiciones de inscripción.

LISTA A

Descripción de Beneficios y Copagos

DHMO - CAC95 - Wrap Medi-Medi (Plan Wrap Dental de Medi-Cal de California)

Los Beneficios que se muestran a continuación se brindan según el Dentista contratado que lo atienda los considere apropiados, y están sujetos a las limitaciones y exclusiones del Programa. Consulte la *Lista B* para obtener más detalles acerca de los beneficios. **Los afiliados deberán hablar sobre todas las opciones de tratamiento con su Dentista Contratado antes de recibir los servicios.**

El texto que aparece en cursivas a continuación tiene como finalidad específica aclarar la prestación de Beneficios conforme a este Programa y no se debe interpretar como nomenclatura, descripciones ni códigos de procedimientos del Nomenclador Dental Actual (CDT, por sus siglas en inglés) de 2024, los cuales están protegidos por los derechos de propiedad intelectual de la Asociación Dental Estadounidense (ADA, por sus siglas en inglés). La ADA puede cambiar las definiciones o los códigos del CDT periódicamente. Tales nomenclaturas, descripciones y códigos actualizados pueden utilizarse para describir estos procedimientos cubiertos de conformidad con las leyes federales.

<u>CÓDIGO</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>	<u>AFILIADO</u> <u>PAGA</u>
Los códigos que figuran en la Lista A están cubiertos por el programa Medi Medi de Brand New Day. Cobre según el copago indicado a continuación por código dental. El miembro también debe ser elegible para beneficios bajo CA Medi-Cal Dental. Envíe una copia de esta lista de cargos con el formulario de reclamación a California Medi-Cal para los beneficios cubiertos bajo su programa.		
D0100-D0999	I. DIAGNÓSTICO	
D0120	Evaluación periódica de la boca - paciente establecido - <i>Una (D0120, D0160, D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0140	Evaluación limitada de la boca: enfocada en el problema	Sin costo
D0160	Evaluación completa y detallada de la boca - enfocada en el problema, por informe - <i>Una (D0120, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0170	Reevaluación, limitada, enfocada en el problema (paciente establecido; no para consulta posoperatoria) - <i>Una (D0120, D0160 o D0170) cada año calendario</i>	Sin costo
D0190	Revisión de un paciente - <i>Una cada año calendario</i>	Sin costo
D0273	Radiografías de mordida: tres radiografías	Sin costo
D0601	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo bajo - <i>Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0602	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo moderado - <i>Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D0603	Evaluación de riesgo de caries y documentación, con una conclusión de riesgo alto - <i>Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario</i>	Sin costo
D1000-D1999	II. PREVENCIÓN	
D1110	Profilaxis: adulto	Sin costo
D1206	Aplicación tópica de flúor - <i>Una (D1206 o D1208) por año calendario</i>	Sin costo
D1208	Aplicación tópica de flúor - no incluye el barniz - <i>Una (D1206 o D1208) por año calendario</i>	Sin costo
D1310	Orientación nutricional para el control de las enfermedades dentales - <i>Una cada año calendario</i>	Sin costo
D2000-D2999	III. RESTAURACIÓN	
- Incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes aglutinantes, el recubrimiento indirecto de la pulpa, las bases, los cubrimientos cavitarios y los procedimientos de grabado ácido.		
- El reemplazo de coronas, incrustaciones inlay e incrustaciones onlay requiere que la restauración existente tenga 5 años o más.		
- Las coronas o los púnticos de marca, procesados en laboratorios o elaborados en consultorios a partir de técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el		

Dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los \$325.00 además del copago indicado. Consulte la limitación de beneficios N.º 3 para obtener información adicional.

- La porcelana y otros materiales (es decir, resina) del color de los dientes se consideran materiales para realizar mejoras que tienen un límite máximo de cargo adicional para el afiliado de \$150.00 sobre los molares.

Los márgenes de porcelana son una opción cosmética. Los dentistas contratados han acordado cobrar un máximo de \$75.00 por la porcelana.

D2720	Corona: resina con alto contenido de metal noble	Sin costo
D2722	Corona: resina con metal noble	Sin costo
D2750	Corona - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Sin costo
D2752	Corona - porcelana fundida con metal noble	Sin costo
D2790	Corona - molde completo con alto contenido de metal noble	Sin costo
D2792	Corona - molde completo de metal noble	Sin costo
D2989	Excavación de un diente que resulta en la determinación de no restaurabilidad	Sin costo

D3000-D3999 IV. ENDODONCIA

D3332	Endodoncia incompleta; diente inoperable, no restaurable o fracturado	Sin costo
-------	---	-----------

D4000-D4999 V. PERIODONCIA

D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal - por cuadrante	Sin costo
-------	---	-----------

D5000-D5899 VI. PROSTODONCIA (extraíble)

- Para todas las dentaduras postizas completas y parciales mencionadas, el Copago incluye los ajustes posteriores a la colocación y el acondicionamiento de tejidos, de ser necesarios, durante los primeros seis meses posteriores a la colocación. El Afiliado debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el centro del Dentista Contratado donde se haya colocado la dentadura postiza originalmente.

- El reemplazo de una dentadura postiza parcial o completa requiere que esta tenga 5 años o más.

D5225	Dentadura postiza parcial maxilar - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Sin costo
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular - base flexible (incluidos materiales de retención/ganchos, apoyos y dientes)	Sin costo
D5864	Sobredentadura: parcial, maxilar	\$350.00

D5900-D5999 VII. PRÓTESIS MAXILOFACIALES - sin cobertura

D6000-D6199 VIII. SERVICIOS DE IMPLANTE - sin cobertura

D6200-D6999 IX. PROSTODONCIA, fija (cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija [puente])

- El reemplazo de una corona, pónico o dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga 5 años de antigüedad o más.

- Las coronas o los pónicos de marca, procesados en laboratorios o elaborados en consultorios a partir de técnicas o materiales especializados se consideran mejoras de material. Es posible que el Dentista contratado le cobre un cargo adicional que no supere los \$325.00 además del copago indicado. Consulte la limitación de beneficios N.º 3 para obtener información adicional.

- La porcelana se considera una mejora de material y tienen un cargo adicional máximo para el afiliado de \$150.00 por muela.

Los márgenes de porcelana son una opción cosmética. Los dentistas contratados han acordado cobrar un máximo de \$75.00 por la porcelana.

D6240	Pónico - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Sin costo
D6242	Pónico - porcelana fundida con metal noble	Sin costo
D6750	Corona de retención - porcelana fundida con alto contenido de metal noble	Sin costo
D6752	Corona de retención - porcelana fundida con metal noble	Sin costo
D7000-D7999	X. CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL	
D7241	Extracción de un diente traumatizado - apoyo óseo total, con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin costo

D7285	Biopsia incisional de tejido bucal - duro (hueso, diente)	\$350.00
D8000-D8999	XI. ORTODONCIA - sin cobertura	
D9000-D9999	XII. SERVICIOS GENERALES COMPLEMENTARIOS - Sin costo	

Si el Dentista Contratado asignado presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, el Afiliado paga el Copago especificado. Delta Dental debe autorizar los procedimientos mencionados que requieran que un Dentista preste servicios de especialista y que sean referidos por el Dentista Contratado asignado. El Afiliado cubre el Copago especificado para dichos servicios.

Los procedimientos enumerados no cubiertos bajo este plan en la Lista A pueden ser un beneficio cubierto bajo del beneficio estatal de California Medi-Cal Dental para el miembro. Revise los beneficios cubiertos bajo California Medi-Cal Dental.

LISTA B

Limitaciones de los Beneficios

1. La frecuencia de algunos Beneficios es limitada. Todos los límites de frecuencia se señalan en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
2. Los beneficios proporcionados por un Odontólogo pediátrico se limitan a niños de hasta siete años luego de que el Dentista Contratado asignado haya intentado tratar al niño, y requieren la autorización previa de Delta Dental, menos los Copagos aplicables. Las excepciones por estados clínicos, independientemente de las limitaciones de edad, se considerarán de manera individual.
3. Los Dentistas contratados pueden ofrecer servicios que utilizan marcas o nombres de marca con un cargo adicional. Se deben ofrecer al Afiliado los beneficios del plan de una corona o un pónico procesados en un laboratorio de alta calidad, que puede incluir: porcelana o cerámica, o porcelana con metal base, metal noble o alto contenido de metal noble. Si el Afiliado elige una alternativa para mejorar los materiales (coronas o pónicos de marca, procesados en laboratorios o en el consultorio a partir de técnicas o materiales especializados, que incluyen, entre otros, Captek, Procera, Lava, Empress y Cerec), el Dentista contratado puede cobrar cargos adicionales que no deben exceder los \$325.00, además del Copago indicado. Póngase en contacto con el departamento de Servicio al Cliente llamando al 1-866-247-2486 si tiene preguntas respecto al cargo adicional o los servicios de marca.

Exclusiones de los beneficios

1. Cualquier procedimiento que no se mencione específicamente en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*. Los procedimientos enumerados no cubiertos bajo este plan en la Lista A pueden ser un beneficio cubierto bajo el beneficio estatal de California Medi-Cal Dental para el miembro. Revise los beneficios cubiertos bajo California Medi-Cal Dental.
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista de la red o del personal clínico de Delta Dental:
 - a. presente un pronóstico reservado de un resultado satisfactorio y una duración razonable según el estado de los dientes o de las estructuras circundantes; o
 - b. no siga las normas generalmente aceptadas de la práctica dental.
3. Los servicios que tengan fines únicamente estéticos o para los estados clínicos que sean el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como paladar hendido, malformaciones en la mandíbula superior e inferior, falta de dientes congénita y dientes descoloridos o carentes de esmalte, a excepción del tratamiento para niños recién nacidos con defectos congénitos o anomalías de nacimiento.
4. Coronas de porcelana, porcelana fundida con metal, molde de metal o resina con coronas de metal y dentaduras postizas fijas parciales (puentes) para niños menores de 16 años de edad.
5. Los aparatos rotos o robados que incluyen, entre otros, dentaduras postizas completas o parciales, separadores, coronas y dentaduras postizas fijas parciales (puentes).
6. Procedimientos, aparatos o restauraciones, si el objetivo es modificar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar enfermedades anormales de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
7. Metal precioso para aparatos extraíbles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, dientes de soporte de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (overlays, implantes y aparatos relacionados con estos), y personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.
8. Los aparatos y accesorios dentales sostenidos por un implante, la colocación, el mantenimiento, la extracción y cualquier otro servicio relacionado con un implante dental, a menos que se mencione en la *Lista A, Descripción de Beneficios y Copagos*.
9. Consultas por beneficios no cubiertos.
10. Servicios dentales proporcionados por cualquier centro dental que no sea el del Dentista Contratado asignado o un especialista dental autorizado previamente, excepto los Servicios de emergencia, según se describe en el contrato o en la Evidencia de Cobertura.
11. Cualquier cargo relacionado con la admisión, el uso o la estadía en un hospital, centro de cirugía para pacientes ambulatorios, centro de atención a largo plazo u otro centro de atención similar.
12. Medicamentos recetados.
13. Los gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental que se haya iniciado antes de que el Afiliado fuera elegible para acceder a este programa. Algunos ejemplos son la preparación de dientes para la colocación de coronas, los conductos radiculares en proceso y las dentaduras postizas completas o parciales para las que se haya tomado una impresión.
14. Tratamiento o aparatos que proporcione un dentista especializado en servicios de prostodoncia.